



REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
UNIVERSIDADE CONVENIADA: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NO "SER COM", O CUIDAR PELO RE-SIGNIFICAR DO COTIDIANO  
DE UM GRUPO DE MULHERES EM GESTAÇÃO

FÁTIMA APARECIDA SAID

Curitiba/PR

1995



REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
UNIVERSIDADE CONVENIADA: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

NO "SER COM", O CUIDAR PELO RE-SIGNIFICAR DO COTIDIANO  
DE UM GRUPO DE MULHERES EM GESTAÇÃO

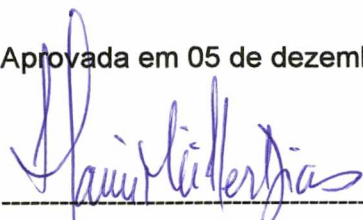
Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

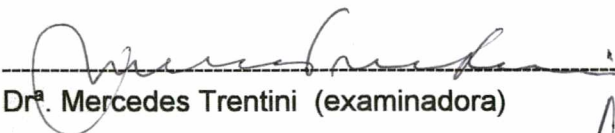
por

Fátima Aparecida Said

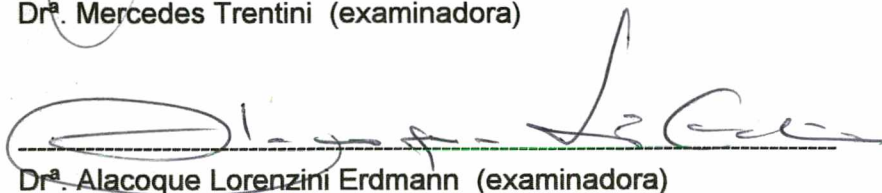
Aprovada em 05 de dezembro de 1995.



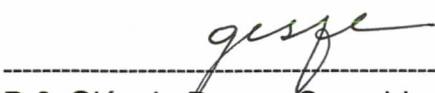
Dr.ª. Lygia Paim Müller Dias (orientadora)



Dr.ª. Mercedes Trentini (examinadora)



Dr.ª. Alacoque Lorenzini Erdmann (examinadora)



Dr.ª. Gláucia Borges Seraphin (examinadora suplente)

SAID, Fátima Aparecida. No **ser com**, o cuidar pelo re-significar do cotidiano de um grupo de mulheres em gestação. Curitiba, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). ~~Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná - Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul.~~

162 p.

Descritores: Significados/Enfermeiro/Educação em Saúde/Re-Significar.

**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. LYGIA PAIM MÜLLER DIAS**



## DEDICAÇÃO

A todos **Aqueles** que

na disritmia das descobertas,  
na deriva das incertezas das buscas,  
no esgarçamento dos aprofundamentos,  
na negação das impossibilidades e  
desmotivos,  
na fecundidade dos possíveis e dos  
incentivos,  
no partilhamento do Sentido Solitário,  
na somatória do perplexo e da visibilidade  
contribuíram  
ao equilíbrio das terras,  
ao encontro das gentes,  
ao caminho do significado desta Produção,  
dedico  
a sua construção, o seu novo, o seu  
invasivo.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

**À Dr<sup>a</sup>. Lygia Paim Müller Dias** que ouviu meu apelo e respondeu com sua existência, sua expressão, e sua proximidade, orientando o projeto deste trabalho em suas possibilidades, limites e transcendências, vestindo-o de significados.

**À D<sup>da</sup>. Ivete Palmira Sanson Zagonel** que, de forma competente, incentivadora e amiga, colaborou com sua presença profissional na análise crítica desta dissertação.

## **AGRADECIMENTOS**

À Mercedes que soube, além de ser Mestra, ser grande amiga, estimulando-me com palavras, gestos, sorrisos e silêncios, a buscar esta conquista.

À Eloita que, acreditando e reafirmando minhas possibilidades, quanto a este trabalho, foi grande co-construtora de seu DNA matricial.

À Maria de Lourdes Centa, por encorajar-me a perseguir e a preservar no caminho de meu aprimoramento profissional.

À Rosita, pelas boas conversas no sentido de eu buscar mais precisão e posição face à diversidade da fisiologia deste trabalho.

À Alacoque pela análise competente e amiga deste meu trabalho.

À Gláucia pela contribuição passada na minha formação de enfermeira e agora, pela participação criteriosa e incentivadora neste meu marco de transcendência.

À Marta Garcia de Sanches, colega de trajetória profissional, pela disponibilidade amiga à revisão desta produção.

À Maria Helena, Neusi, Ana Maria, Maria Neiva, Maria Lacerda, Maria de Fátima, Rita, Elaine e Liliam Daisy, minhas colegas de Mestrado, pela amizade, pelo convívio e pelo aprendizado que no espaço da vida acadêmica puderam acontecer...

À Ana Maria, minha amiga e companheira de algumas idas à Unidade de Saúde Santa Cândida e à Florianópolis, pela partilha motivo-emotiva quanto aos enfrentamentos e determinações face a posicionamentos, desafios e conquistas que configuraram aquele período de nossa temporalidade.

À Eliane, minha amiga, companheira orgulhosa dos meus avanços e apoio nos meus momentos de inércia, de perplexidade e de desolação face às flores amputadas no caminho desta produção.

Aos meus alunos das Práticas de Ensino da Licenciatura de Enfermagem ano 1994, que souberam ter compreensão com a minha necessidade de ausência do convívio acadêmico.

Aos enfermeiros Inês e Paulo da Unidade de Saúde Santa Cândida, pela cordialidade com que me receberam no espaço oferecido à vivência de minha prática assistencial.



À auxiliar de enfermagem Carmem, pela presença e apoio na condução dos encontros do Grupo.

Ao João, pelo auxílio na tradução dos textos-suporte deste trabalho e pelo incentivo quando a esperança se tornava tímida e a aura das forças se desgastava.

À Lilian e Marcioly pelo apoio recebido à construção deste estudo.

Aos revisores Ginilda e Frederico pela objetividade crítica no seu trabalho.

A meus pais Lourdes e Nagib, autores do meu começo, pela possibilidade de eu assim poder Ser, Sentir, Pensar, Fazer.

À Maria Luiza, Inês, Denise, Vera, Teresinha, Lidia e Marta que se permitiram viver com sorrisos, com palavras e emoções assumidas nos nossos momentos de descobertas e que não morreram para o Aprender, fica meu carinho, minha amizade e minha saudade.

## **ABSTRACT**

This work presents the analysis of an interactive experience taken up with a group of women in gestation, through a proposal of a nursing assistencial practice with an educational dimension. In this work, the nurse acts like a being that makes the meaning and works with the meanings that come from knowledge and lived experiences of the group. Applying a participative dialogical methodology, with the intention of "being more" in the "being with", he looks for bringing a new meaning to the quoditian of the women in gestation, bringing them the opportunity of enhancing the knowledge in terms of images, values, senses, personal languaging and about the world.

A lot of themes that emerged from the group were discussed and some of them are presented here and they are open for reflections and senses. The ways of education in health, in this assistencial practice, had their support in a conceptual mark and in a guided discussion. It is intended that this work will serve for reflections about the nurse's role as a "being with" in his social practice and also the analysis of the possibilities of more expressive arrangements to the structuration of assistencial practices with educative focalization.

## RESUMO

Este trabalho apresenta a análise de uma experiência interativa, vivenciada com um grupo de mulheres gestantes, através de uma proposta de uma prática assistencial de enfermagem com dimensão educativa. Nela, o enfermeiro no papel de homem significador, trabalha **significados** advindos dos saberes e experiências de vida do grupo. Fazendo uso de uma metodologia dialógica, compartilhadora enquanto processo de enfermagem e com vistas ao **ser mais** no **ser com**, ele busca **re-significar** o cotidiano da mulher em gestação, oportunizando-lhe novas apropriações em termos de imagens, valores, sentidos e linguagens acerca de si mesma e do mundo.

Vários temas emergentes do grupo foram tratados e alguns são aqui apresentados e abertos a reflexões e sentidos.

Os caminhos da educação em saúde nesta prática assistencial tiveram seu suporte num marco conceitual e numa questão norteadora.

Pretende-se que este trabalho sirva à reflexão do papel do enfermeiro como um **ser com** na sua prática social e também à análise das possibilidades de arranjos mais expressivos à estruturação de práticas assistenciais com enfoque educativo.



## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>ABSTRACT</b> .....   | IX |
| <b>RESUMO</b> .....   | X  |
| <b>I INTRODUÇÃO</b> .....   | 01 |
| <b>1 QUESTÃO NORTEADORA</b> .....   | 09 |
| 1.1. Da pretensão à legitimação ideológica.....   | 09 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....  | 10 |
| 2.1. Trazendo a intencionalidade das relações sociais que se<br>estabeleceram no interativo estrutural do <b>cuidar</b> ..... | 10 |
| <b>3 MARCO CONCEITUAL</b> .....   | 11 |
| 3.1. Dos conceitos - suporte ao desenho da prática .....  | 11 |
| <b>4 ANCORADOURO DO CENÁRIO ASSISTENCIAL</b> .....  | 23 |
| 4.1. Descrevendo o lugar ancoradouro do cenário assistencial<br>para o estudo desenvolvido.....                               | 23 |
| 4.2. Explicando e esclarecendo o significado motivo-emotivo<br>da escolha do ancoradouro .....                                | 33 |
| 4.3. Negociando para consolidar uma ancoragem .....   | 34 |
| <b>5 METODOLOGIA</b> .....  | 35 |
| 5.1. A trajetória na aprendizagem significativa: sentido, caminhos,<br>papéis e papéis no caminho.....                        | 35 |
| <b>6 O PROCESSO GRUPAL</b> .....  | 42 |
| 6.1. Significando o nascer, o crescer, o tornar-se um grupo.....  | 42 |
| 6.2. A construção do ENCONTRO pelos Encontros.....  | 60 |
| 6.3. O Dialógico no Interativo dos Encontros .....  | 64 |
| 6.4. A comunicação pelos sinais e acenos, no relacional dos encontros.....  | 71 |
| 6.5. A neguentropia pela multidimensionalidade nos encontros .....  | 75 |
| 6.6. O <b>ser com</b> do enfermeiro como homem significador .....   | 78 |

|   |            |
|---|------------|
| <b>7 AS DINÂMICAS DO GRUPO .....</b>  | <b>86</b>  |
| 7.1. Buscando significar as questões de corpo, sexualidade,<br>papéis de mulher .....       | 86         |
| 7.2. Buscando significar a gestação e a dor do parto .....                                  | 99         |
| <b>8 EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....</b>  | <b>109</b> |
| 8.1. Questão de busca à transformação do homem e seu cotidiano.....                         | 109        |
| 8.2. O <b>ser mais</b> cidadão em corporeidade pela educação em saúde.....                  | 119        |
| 8.3. O <b>ser mais</b> cidadão em enfrentamentos pela educação em saúde .....               | 122        |
| 8.4. O <b>ser mais</b> cidadão nas relações com os serviços pela<br>educação em saúde ..... | 127        |
| 8.5. Reconsiderando a educação em saúde à guisa da<br>teoria de PARSE .....                 | 130        |
| <b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>137</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>145</b> |

## I. INTRODUÇÃO

*Da catalização de uma contextura de reflexões motivo-emotivas, a possibilidade e a factibilidade do Re-significar.*

A vida é uma totalidade de SIGNIFICADOS e o homem é o seu principal significador. Como um ser-no-mundo, multidimensional, interativo e aberto, o homem vivencia os vários níveis de sua existência, construindo referências significativas para si e para outros homens. Pode-se dizer assim, que o homem seja um co-criador de SIGNIFICADOS.

PARSE (1981) conceitua o homem como uma unidade viva, um sistema aberto, capaz de ir além com os outros e com o ambiente, um ser capaz de escolher entre os múltiplos desdobramentos e superfícies possíveis, arcando com responsabilidade pelas escolhas feitas. É um criador de padrões de relação com o ambiente.

Para HEIDEGGER (1981), o homem é um "ser-aí-fático" que se apresenta com outros seres pela expressão dos SIGNIFICADOS, os quais configuram as características próprias, a "apropriação" que temos em relação a nós mesmos e ao mundo. Em razão disto pode se dizer que o mundo é sempre algo que partilhamos com os outros em termos de possibilidade de criação de SIGNIFICADOS, numa espacialidade e temporalidade existencial. É o lugar do "ser aí" com **ser com** pelos SIGNIFICADOS.

Os SIGNIFICADOS reúnem, concentram, articulam diversos sentidos, diversas manifestações do sentido, na trama constitutiva do discurso existencial.

Conforme HEIDEGGER (1981), SIGNIFICADO é essência, idéia da existência, o que emerge, se manifesta ou se desvela.



Do ponto de vista da Psicologia, o SIGNIFICADO é uma generalização ou um conceito. Como as generalizações e os conceitos são inegavelmente atos do pensamento, podemos considerar o SIGNIFICADO como um fenômeno do pensamento.

Para VYGOTSKI (1981), ele é um fenômeno do pensamento verbal ou da fala significativa, uma união da palavra e do pensamento.

Para PEIRCE, apud ABBAGNANO (1970) o SIGNIFICADO é um objeto que está, de um lado, em relação com seu objeto e de outro em relação com alguém que interpreta, de maneira tal que leva quem interpreta a uma relação com o objeto, correspondente à sua própria relação com o objeto.

Descrever SIGNIFICADOS é tentar dizer da estrutura de sentidos que reúne o homem e o mundo. REZENDE (1990) reforça esta questão, ao citar que esta existência comporta sentido, o sentido de situação de mundo tal como vivido pelo sujeito que percebe e dá sentido ao seu **ser com** e no mundo.

O "sentido" é para a Fenomenologia, o SIGNIFICADO. O "símbolo" é a concentração semântica do sentido ou dos sentidos e a sua articulação numa estrutura concreta no interior da qual há também subcirculação de sentido.

O símbolo só é simbólico porque é constituído pela realidade humana. Há nele a correspondência entre o homem e o sentido, ou, em termos técnicos, entre o significante e o significado. Há significantes porque há significados existencialmente vividos. Nesta linha de perscrução e compreensão, biossintetizando leituras atentas acerca da questão dos significados da práxis da prática assistencial de Enfermagem sob dimensão educativa, sempre me inquietava com as seguintes indagações: Tem realmente o enfermeiro, no seu interativo com os usuários dos serviços de saúde, um papel de homem significador? Sua prática assistencial pode se caracterizar como um universo de significados sobre Homem x Vida x Saúde?

O que ainda se tem visto no retrato da Enfermagem de hoje, na minha visão, é uma inserção do enfermeiro no cenário de prestação de serviços mais voltada

para responder demandas de ações de ênfase tecnicista, requeridas por estruturas conceituais representativas de um paradigma de atenção à saúde que confere pouca importância ao poder invisível da dimensão educativa na construção dos padrões de saúde.

A falta de compreensão teórica acerca da amplitude da prática assistencial como presença do homem, cuidando para além do nosológico, bem como, a dificuldade em apreender a função social desse seu cotidiano como um contexto produtor de significados à construção de padrões de saúde, tem concorrido à formulação de uma prática pouco reconstrutora, com pouca nitidez da posição do papel do enfermeiro como homem significador.

Por outro lado, alguns clichês básicos vivenciados ao longo da minha trajetória como educadora e enfermeira nas áreas de Saúde Coletiva e Saúde da Mulher, me trouxeram a certeza da possibilidade de que no *interativo ENFERMEIRO x USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE*, o mundo pode ser apreendido, compreendido e alterado pelos seus **significados**, possibilitando assim novas apropriações do Homem sobre ele mesmo e sobre seu cotidiano.

Trabalhando com o existencial do indivíduo, família ou grupos, por ações no sentido de otimizar a percepção do sentido que falta, do mais sentido que pode haver no cotidiano de vida e saúde, o enfermeiro pode contribuir com o ser saudável do outro, buscando

- a) a compreensão de conceitos, crenças e valores, que muitas vezes estimulam atitudes e comportamentos de risco referencial para a integridade física e mental das pessoas;
- b) a construção de padrões de saúde mais desejáveis.

Esta perspectiva pode remeter o Enfermeiro ao lugar de um homem significador, o qual, na sua prática produtiva pode transformar comportamentos em saúde e quanto à saúde.

Sua prática social pode ser entendida como um interativo com perspectivas à co-validação do crescimento e desenvolvimento humano, de vez que as condições pertinentes ao trabalho, intencionalidade e intersubjetividade imputam a este profissional um lugar na esfera das idéias, dos conhecimentos dos fatos, dos valores e da transcendência, num "ir-se além" do biológico na abordagem do ser humano.

A ampliação do quadro de referência, a multiplicação das relações, a descoberta do mundo e do outro, a compreensão das situações vivenciais, incontestavelmente permitem ao homem outras possibilidades de percepção. Tais fatos conduzem-no à formulação de novos significados e conseqüentemente de novas atitudes e comportamentos face ao seu cotidiano.

Segundo WENDHAUSEN (1992), a dimensão educativa da assistência mobiliza o homem para enfrentamentos e ações, para co-responsabilidade, o autocuidado, a auto-determinação e a participação.

Desta forma, concebendo a possibilidade de cuidar do enfermeiro, por uma dimensão educativa de promoção do humano, abre-se o entendimento de que sua prática não será uma ação só de significar, mas também de re-significar.

REZENDE (1990) explica que re-significar é uma espécie de "volta às próprias coisas" para redescobri-las num encontro original com vistas ao **ser mais** ao "transcender".

MATARAZZO (1994) reafirma que é possível encarar e sentir de forma diferente o passado por meio de um processo de re-significação, o qual quer dizer: interpretar de uma nova maneira as dificuldades, os fatos da vida, conduzindo com novos significados as situações do viver.



A re-significação assume, assim, a identidade de fator de desenvolvimento do ser humano e mesmo da cultura que orienta as ações da vida cotidiana. Na internalidade de seu paradigma, essa re-significação diz do "motivo-emotivo" do cuidar em Enfermagem, o qual deve estar compromissado com a aprendizagem de melhores formas de desempenhos do homem com sua saúde e com sua vida, num projeto de "vir-a-ser".

PARSE (1981) define o projeto de "vir-a-ser" pelo desdobramento negentrópico do homem e o considera como uma real questão de saúde. Ao se tornar mais diverso, mais complexo, o homem pode construir outros padrões de vida e saúde para si. A saúde é uma questão de neguentropia, pois implica em um exercício de diversidade de conhecimentos para priorizar-se valores e com eles construir padrões de saúde.

Assim, a construção e re-construção de novas formas de interpretar os sentidos das situações cotidianas pela troca dos saberes e a conquista de habilidades para a reorganização das vivências, são requerimentos que poderiam ser trabalhados no conjunto das relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas sanitárias, em projeto de apoio à situação de aprendizagem, através do processo de Educação em Saúde.

O reconhecimento da existência de necessidades diferentes, por parte de certos grupos de usuários dos Serviços de Saúde, bem como, a necessidade de desenvolver estratégias especiais de prevenção e de intervenção, tem sido o fundamento que tem dado origem a programas orientados para categorias específicas de população como: crianças, adolescentes, mães, etc. Foi nesse contexto de consideração que se teve fundamentada a idéia de intervenções especificamente dirigidas à mulher no período gestacional.

Sabe-se que a gestação pode tornar a mulher, sob determinadas condições sociais, extremamente vulnerável. O corpo grávido pode ser foco de uma rede de

interdições, num imaginário de desejos, recusas, medos, expectativas, anseios que a socialização e a atribuição dos papéis de gênero criou na mulher.

Isto se verifica quando se analisa sobretudo a estrutura de sentidos que esta condição conferiu-se à mulher nos domínios das diferentes culturas, em suas trajetórias históricas.

Re-significar estes materiais pelas suas imagens e valores, a fim de se abrir, no texto da gravidez, um horizonte para a mulher ser mais saudável, proporciona ao enfermeiro uma travessia pela identidade do corpo grávido por um ir além de sua abordagem biológica. Por sua perspectiva, ainda que pese para o enfermeiro o reconhecimento de que as gestantes portam, sem dúvida, um saber sobre a gestação, saber este apropriado através das interações concretas estabelecidas com a sociedade e que ele é transformador da realidade, há que se considerar que o mesmo tem suas limitações. Tais limitações verificam-se quanto ao seu grau de organicidade, cientificidade e sistematização, apresentando-se muitas vezes fragmentado, parcial e permeado de valores e imagens que concorrem para o "não ser saudável", com os índices de morbi-mortalidade materna.

Dentro destas considerações pode-se, não obstante, apontar que o cuidar, na prática assistencial de Enfermagem junto à mulher em gestação, é um trabalho de re-significação que, segundo RIOS e GOMES (1993), implica em se resgatar o potencial criador da mulher num sentido construtivo para ela mesma, reforçando a sua identidade, sua cidadania e sua aquisição de poder como agente de saúde, com direitos e deveres.

Sendo assim, o cuidar em Enfermagem, tem na sua contextura uma dimensão educativa inerente, que se expressa por uma intenção política com o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade, viabilizada em um trabalho de estruturação de significados pertinentes às situações do existencial do Homem. É neste possível onde o Enfermeiro é um elemento construtor ou mediador de significados, que se colocou a possibilidade da realização deste trabalho.

Este estudo pretende representar uma oportunidade para o aprofundamento do papel do enfermeiro como homem significador, num trabalho com o cultural da gestação em seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, apreendendo no dialógico-reflexivo-crítico da estrutura da prática assistencial, os significados que emergirem e articularem os conceitos de Homem, Enfermagem, Educação em Saúde.

Nele, o enfermeiro esteve *"in"* quanto ao grupo, fazendo parte do mesmo na posição de agente significador, encaminhando interpretações e necessidades do contexto grupal para formas de buscas de sentidos, com vistas a se atingir, com o grupo, o esclarecimento e a estruturação de significados incentivando no grupo o diálogo compartilhador e a relação colaborativa. Seu papel foi o de conduzir à compreensão de que nas situações vivenciadas está a possibilidade de re-significação do próprio homem e suas circunstâncias.

Constituiu realidade social deste trabalho, questões do cotidiano da mulher em gestação sob forma de um programa de oficinas de trabalho, com um grupo de formação espontânea, interessado por participar de um processo de educação em saúde com vistas ao **ser mais** num **ser com**.

Para subsidiar o fundamento filosófico e metodológico desta prática, utilizou-se alguns conceitos e crenças da teórica de Enfermagem ROSEMARIE RIZZO PARSE e do pedagogo PAULO FREIRE. A opção por PARSE, se explica por ela ter matizado uma concepção de uma prática de Enfermagem na qual, um dos fazeres do enfermeiro está no esclarecer significados de situações do cotidiano do cliente, partilhando na relação com ele, pensamentos, sentimentos. Enfermeiro (homem cuidador) e clientes (homens que são cuidados) enquanto seres relacionais, pensantes, construtores de realidades são seres significadores que dão sentido ao contexto histórico. Para PARSE, a prática de Enfermagem deve ser inovadora, criativa e promotora de mudança do homem para "além do que ele se é", para o transcender.

A escolha por PAULO FREIRE prendeu-se ao trabalho por permitir um itinerário pedagógico que fundamentasse a relação do enfermeiro com os usuários dos serviços de saúde, por uma ótica de análise dialética do cotidiano, partilhando saberes, refletindo, modificando ações, circunstâncias e a si próprios, num encontro que apontasse para a reposição e para a re-significação do ser estar com vistas ao **ser mais** no e com o mundo.

Analisando-se o **ser mais** de FREIRE e o **"transcender"** de PARSE, percebe-se que são conceitos que apontam para a mesma finalidade do trabalho educacional/assistencial de Enfermagem com o Homem: - "o ir além do que se é, superando-se nos possíveis do cotidiano". Por esta compatibilidade, torna-se possível abraçá-los como unidade de referência para o embasamento desta prática em seus fundamentos.

Como se trata ainda de um trabalho com ações orientadas por uma perspectiva existencialista e por um modo de caminhar o processo por uma postura dialógica, recorri às leituras de HEIDEGGER e de BUBER para emprestar destes filósofos alguns aportes à sustentação e construção do relacional que caracterizou o meu **ser com** neste trabalho com o grupo.

Sumarizando, o presente trabalho trata, portanto, da análise do contexto vivido com um grupo de mulheres-gestantes, sob a forma do que foi desenhado como um projeto de assistência de Enfermagem por uma dimensão educativa, considerando-se a educação em saúde como uma prática de devir, um espaço à amplitude dos **significados** que permeiam a identidade do homem de seu cotidiano, um caminho à **re-significação** e ao **ser mais** pelo **ser com**.

## 1. QUESTÃO NORTEADORA

### 1.1. DA PRETENSÃO À LEGITIMAÇÃO IDEOLÓGICA

Convicta de que o cuidar em Enfermagem tem na sua contextura uma dimensão educativa inerente, que se expressa por uma intenção com o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade, viabilizada no trabalho de estruturação de significados, coloco a possibilidade deste estudo.

Visou ele, traduzir-se como um "documento-contribuição" à reafirmação do papel do enfermeiro como agente de mudanças, permitindo uma identificação melhor da amplitude da prática de Enfermagem, vista aqui como uma presença do humano cuidando para além do nosológico num cotidiano que é fomento à produção de saberes quanto a padrões de vida e saúde.

Por conseguinte, este estudo foi também a oportunidade ao aprofundamento do exercício da relação significativa com o outro, num trabalho com o cultural da gestação em seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, apreendendo no dialógico-reflexivo-crítico da estrutura da prática assistencial, **significados** que circulam e articulam os conceitos de homem, enfermagem, educação em saúde e que possam confirmar a dimensão educativa no cuidar.

Vale repetir que o enfoque ideológico norteador que alimentou o contexto das ações deste estudo esteve ancorado na proposição seguinte:

**No interativo Enfermeiro x Usuários dos Serviços de Saúde o mundo pode ser apreendido, compreendido e alterado pelos seus significados, possibilitando novas apropriações do homem sobre ele mesmo e sobre o seu cotidiano.**

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. TRAZENDO A INTENCIONALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS QUE SE ESTABELECEM NO INTERATIVO ESTRUTURAL DO CUIDAR

O trabalho desenvolvido junto a um grupo de mulheres em gestação teve por objetivo geral e objetivos específicos:

#### Objetivo Geral

- Desenvolver a análise de uma proposta de prática assistencial de Enfermagem, com dimensão educacional junto a um grupo de mulheres gestantes, validando o papel do enfermeiro como homem significador.

#### Objetivos Específicos

- Desenvolver ações educativas de Re-significação do cotidiano da mulher em gestação à guisa de um marco conceitual e um processo de Enfermagem baseados em conceitos da teoria de Enfermagem de ROSEMARIE RIZZO PARSE e no itinerário pedagógico de PAULO FREIRE.
- Descrever situações do interativo vivenciado, com vistas a fomentar reflexões significativas sobre a experiência do **ser com** no cuidar do enfermeiro ao **ser mais** de um grupo de mulheres gestantes.

### **3. MARCO CONCEITUAL**

#### **3.1. DOS CONCEITOS - SUPORTE AO DESENHO DA PRÁTICA**

Para NEVES e GONÇALVES (1984), "marco conceitual é uma estrutura mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação". De acordo com estas autoras, o pesquisador elabora seu marco conceitual com base de partida em conceitos de teorias ou partes de teorias, fatos classificados e analisados em pesquisas anteriores e também a partir de suas próprias idéias.

Para TRENTINI e SILVA (1992), o "marco conceitual" possibilita descrever, classificar e relacionar fenômenos de uma forma coerente e organizada.

Dentro desta proposta desenvolvida, o marco conceitual configurou-se como uma estrutura articuladora de conceitos que, pelas suas relações filosóficas x pedagógicas orientaram e sustentaram o objeto deste estudo. Proposto com vistas à educação em saúde, ele foi matizado a partir de conceitos da teoria de Enfermagem de ROSEMARIE RIZZO PARSE; de conteúdos e pensamentos sobre a relação dialógica e a construção do conhecimento de PAULO FREIRE; de reflexões acerca das leituras sobre Educação em Saúde em MOSQUERA e WENDHAUSEN e de valores, crenças e significados retirados da minha experiência profissional como enfermeira e como educadora.

Minha escolha pela teoria de Enfermagem "Homem vivendo Saúde" de ROSEMARIE RIZZO PARSE, para sustentar a matriz de identidade dos indicadores assistenciais de Enfermagem, deste trabalho veio da sua peculiaridade.

Postula ela a idéia de Enfermagem fundamentada nas ciências humanas, com uma visão de homem unitário, simultâneo e mútuo, inter-relacionando-se com o

meio e co-criando saúde como entidade de transformação e expansão do seu próprio crescimento.

Esta teoria aponta para uma prática de Enfermagem inter-subjetiva, onde o enfermeiro numa ação com pessoas, famílias ou grupos, pelo esclarecimento de **significados**, escolhem, possibilidades para a co-criação de padrões de saúde.

O **ser humano** da prática assistencial de que trata este estudo, são mulheres em gestação consideradas como *seres multidimensionais que vivenciam os vários níveis da existência pelos papéis que desempenham, podendo, nas relações estabelecidas no/com o mundo, construir um referencial de crenças, valores, idéias, sentimentos, organizando com estes elementos seu cotidiano de mulheres em gestação em termos de linguagem, imagem, padrões e comportamentos de vida e saúde. São seres abertos interativos e co-transcendentes, uma vez que são capazes de ir com os outros e com o mundo à busca de mais sentidos para se mobilizarem para aquilo que ainda não o são (o vir a-ser), movendo-se em direção ao seu **ser mais**.*

Sob tutela de PARSE (1981), poderíamos considerar estas mulheres gestantes como seres humanos, representando unidades vivas, verdadeiros sistemas abertos, capazes de ir com os outros e com o ambiente, capazes de escolher entre os múltiplos desdobramentos e superfícies possíveis, arcando com responsabilidade pelas escolhas feitas. São co-criadoras de padrões de relação com o ambiente.

RUDIO (1991) reforça esse sentido de engajamento do homem, colocando que o ser humano é um ser de relações, não existe como ser isolado; tudo o que ele pensa, sente e faz tem causa, sentido e significação em suas relações com os outros seres humanos, e em virtude disso, não é possível compreendê-lo fora destas relações.

Pensando estas mulheres gestantes como uma composição grupal de relações com objetivos comuns, ficou definido neste trabalho, que serão



identificadas como **grupo de mulheres gestantes**. *Um grupo de mulheres que, na condição de gestantes passam e enfrentam situações pertinentes ao processo biológico, psicológico e cultural da gestação, do parto, da maternidade, e que buscam no compartilhamento de vivências e saberes encontrar novos **significados** para enfrentamentos e superações do seu cotidiano, buscando o seu **ser mais**.*

Na busca do **ser mais**, o ser humano reflete sobre sua atuação no/com seu mundo, identifica suas limitações, as de seu mundo e busca no encontro consigo mesmo e com os outros, formas de vencê-las. Esta busca não é feita isoladamente, mas com outros seres humanos, "em comunhão" com outras consciências (FREIRE, 1991). Ao ultrapassar suas limitações, o ser humano transforma a si e suas relações na medida em que, refletindo, descobre novas estruturas de sentidos e procura formas de re-significação. Daí a razão da busca do **ser mais** no **ser com**.

Consideradas estas possibilidades de inter-relações, onde a mulher em gestação é um "**ser com, sendo com**", é evidente que o significado emerge como fenômeno, de vez que aí ela não apenas expressa sua estrutura de sentidos, criando conceitos e representações acerca de si e do mundo, mas também põe em questão o que criou para recriar ou **re-significar**. Nesta trajetória de considerações, considero o conceito de ***gestação** como um período da vida da mulher que se reveste de **significados**, já que se caracteriza de várias mudanças físicas e emocionais, sentidas e experienciadas de forma distinta, numa estrutura de sentidos materializada pelo próprio corpo e pela sociedade, através da cultura.*

A cultura da gestação tem valores, imagens e expressões lingüísticas que podem contribuir para que o ser gestante co-crie ou recrie padrões de vida e saúde, transcendendo a condição humana neste intercurso do processo vital, já que como ser pensante, elabora significações a partir de sua visão de mundo ou de suas experiências passadas. Através da relação consigo mesma e com os outros, a gestante pode evoluir, influenciando e sendo influenciada pelo meio. Seu "background" cultural de conceitos, comportamentos, percepções, imagens corporal

e atitudes em relação à gestação, geram uma cultura que pode orientar novas ações, transformando a si própria e ao ambiente, se co-validadas ou então re-significadas. Como homens significadores, a gestante e o enfermeiro, podem co-participar na criação da experiência da gestação, desenvolvendo papéis de transformadores sociais, numa ação conjunta, não só para a produção de **significados** e de conhecimentos, mas detonadora ou catalisadora de potenciais da gestante na busca do seu **ser mais**.

Ainda pode-se afirmar que, **saúde**, na experiência da condição de mulher em gestação, *é padrão que se constrói também pela análise da rede de **significados** que compõem o seu cotidiano. É assim, processo dinâmico individual de transcender os possíveis. Entende-se aqui o estar sendo, o estar sentindo, o estar pensando, o estar fazendo do homem, na experiência multidimensional do viver, superando as situações de vida em suas possibilidades.*

PARSE apud GEORGE (1993, p. 275), define a **saúde** "como um processo aberto de **"vir-a-ser"**, que o homem na interação com o ambiente, vivencia quando relaciona prioridades de valores, quando transcende os possíveis, quando desdobra-se neguentropicamente. A saúde é uma síntese de valores que é experienciada pelo homem e só pode ser descrita por ele".

LEDDY & PEPPER (1989), consideram que a saúde transcende o ajustamento biológico. Ela é primeiramente uma medida de habilidade de cada pessoa para fazer o que ela quer fazer e tornar-se o que ela deseja ser.

A maneira como o indivíduo pensa e organiza sua saúde é, assim, resultado de sua visão de mundo, de sua inserção num contexto histórico, das formas de organização de seu cotidiano.

Considerando o processo da gestação, a saúde nele pode ser entendida como uma síntese de valores egodinâmicos que:

- a) concorrem à prevenção ou minimização de riscos no biológico e nos padrões sócio-emocionais que acompanham a gravidez;
- b) concorrem à criação e re-criação de respostas do ser gestante às diversas situações com que ela se depara no mundo, pelas relações e fundamentos do existencial.

E o que é a **Enfermagem** num trabalho de construção de significados para a minimização de riscos na gestação e para a reorganização do cotidiano da mulher em gestação?

*É participação intersubjetiva, que busca construir pelo esclarecimento, pelas explicações, pela desvelação, pela reflexão e pela reorganização das vivências, os **significados** básicos à condição e à arte de viver saudavelmente.*

Segundo PARSE apud GEORGE (1993, p. 276), a **Enfermagem** é "ciência e arte que utiliza um corpo de conhecimentos a serviço das pessoas. Sua responsabilidade é orientar famílias, indivíduos e grupos quanto às escolhas das possibilidades no processo de promoção da saúde".

O enfermeiro, ao partilhar da relação com a mulher em gestação, pensamentos, sentimentos, idéias, valores e linguagem, estrutura significados de situações ou modifica-os, re-significando-os. **Re-significação**, neste marco conceitual, pode ser compreendida *como uma ação interiorizada no ato do cuidar do enfermeiro, tendo em vista colocar a mulher em gestação no "ir além do que se é", de PARSE (1981), no ser mais de FREIRE (1987).*

Esta **re-significação** decorre, conforme REZENDE (1990), de uma espécie de "volta às próprias coisas" para redescobri-las num encontro original; neste sentido, supõe a consciência perspectiva do sujeito, de seu próprio discurso em contacto com o mundo, reinterpretando-o.

Consistindo na modificação de uma estrutura de "sentidos", a **re-significação** contribui para o desenvolvimento humano e para o desenvolvimento cultural,

permitindo que a cultura, em suas situações e conceitos, seja vivida conscientemente como uma realidade simbólica, densa de **significados**.

DE KEESING apud HELMAN (1994, p. 22), cita que as culturas compreendem "sistemas de idéias compartilhados, sistemas de conceitos, regras e significados que modelam e são expressas nas formas como os humanos vivem".

Segundo HELMAN (1994), a cultura pode ser comparada com uma lente herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele. Homens e mulheres podem ter sua própria cultura característica dentro da mesma sociedade que constitui o *"background"* cultural de crenças, comportamentos, percepções, emoções, línguas, estrutura familiar, alimentação, vestuário, imagem corporal, conceitos de espaço e tempo, além das atitudes em relação à doença, dor e saúde.

SANTOS (1994) afirma que é sempre fundamental entender os sentidos que uma realidade cultural faz para aqueles que a vivem. Cada realidade cultural tem sua lógica interna, a qual se deve procurar conhecer para que tenham sentido as suas práticas, costumes, concepções e as transformações pelas quais estas passam.

A situação da gestação tem sua cultura e é sempre fundamental entender os sentidos que ela traz para aqueles que a vivem. Cada gestante tem sua lógica interna quanto ao processo gestacional, a qual, deve o enfermeiro procurar conhecer para que tenha "sentido" e "congruência" a sua prática assistencial.

Mudanças e transformações concorrentes com o ser saudável na gestação podem ser atingidas pela **re-significação**, a qual, permite a apreensão, o entendimento, a explicação e a recriação da realidade, pela compreensão do tecido cultural que configura este processo.

O trabalho de Enfermagem socialmente produtivo é, nas suas relações, um trabalho de dimensão também educativa, que se dá pela **re-significação** num processo denominado de educação em saúde.

MOSQUERA & STOBBAUS (1983), assinalam que a **educação em saúde** faz parte de um todo que é a aprendizagem de melhores formas de vida para os próprios desempenhos, levando o sujeito a um autoconhecimento melhor e a um conhecimento de seu ambiente e de sua comunidade.

Para WENDHAUSEN (1992), a dimensão educativa da assistência permite a organização e ampliação das condições de cidadania da população e com isto, mobiliza-a para enfrentamentos e ações, para a co-responsabilidade, a auto-determinação, a participação.

A **educação em saúde** é uma ação relevante e significativa em termos de promoção da qualidade de vida, segundo PINOTTI (1994).

Ao tentar esclarecer **significados** do cotidiano da gestação, o enfermeiro constrói uma visão mais concreta acerca da relação de seus componentes biológicos, emocionais e sociais, mobilizando as gestantes para o enfrentamento, o auto-cuidado, para a co-responsabilidade, autodeterminação e participação. Em contato com valores diferentes acerca do processo gestacional, o enfermeiro contribuirá para a reafirmação de alguns valores pessoais e sociais, questionará ou oportunizará a percepção de outros, sob outras perspectivas, e colaborará na transformação dos que forem necessários à promoção de saúde da gestante.

Dentro deste interativo há que se ter clareza das expressões: valores, crenças, atitudes.

Para SILVA (1986, p. 20), os valores:

São qualidades ou significações que denotam que os seres que fazem parte do complexo de nossa existência individual e social não nos são indiferentes; essa não-indiferença indica, portanto, que estamos em contato, em relação com esses seres, o que nos permite afirmar que os valores aparecem no esforço humano da valoração, ou ainda, os valores só têm sentido a partir de uma atividade valorativa real, possível e situada.

A valorização é sinônimo de experiência, atividade ou relação axiológica que, enquanto tal, indica a vivência humana dos valores. Para HYMOVICH e HAGOPIAN (1992), as crenças se referem ao que o ser humano pressupõe como verdade; as atitudes se referem à maneira de pensar e sentir que predispõe o ser humano a certas formas de ação e comportamento.

Valores, crenças e atitudes influenciam decisões importantes a respeito da gestação e maternidade, pois envolvem não apenas o racional, mas os sentimentos, as intuições, as dúvidas, a curiosidade, as incertezas, o entusiasmo, a impulsividade, o medo, a ansiedade em relação a riscos concretos ou imaginários.

Ao realizar a educação em saúde na gestação, através da interação pelo diálogo x percepção x desvelamento de situações, o enfermeiro está não só produzindo conhecimento para a compreensão da condição fisiológica do corpo das gestantes, mas deixando que, pela compreensão do sentidos que perpassam este período, possam elas re-significar seu ser, seu estar, seu sentir, seu fazer.

A **educação em saúde**, neste trabalho, foi um conceito construído e identificado como *processo interativo gerador de **significados** para se **re-significar** o cotidiano da mulher em gestação através de um pensar mais crítico e de um agir mais conseqüente quanto às questões de corporiedade, maternidade, situações de desconforto e risco na gestação, parto e dor; processo de "vir a ser" da mulher em gestação para transcender os possíveis de seu cotidiano.*

Esta **educação em saúde** tem por objetivo possibilitar a descoberta, a covalidação de **significados** que permitam às mulheres-gestantes reconstruírem, de forma agradável, sua condição e seu viver, transformando a si próprias, o mundo e seu estar/ser no e com o mundo.

Ela se desenvolve em grupo e no diálogo, abrindo o compartilhamento de vivências e saberes e a mediação dos saberes popular e técnico em saúde, considerados igualmente importantes, complementares e transformadores. Seus temas para discussão emergem do diálogo acerca do cotidiano.

Para MEKSENAS (1994, p. 41), a **vida cotidiana** é o "conjunto de atividades e papéis que caracterizam o ser/estar dos indivíduos, os quais, tomados no seu conjunto, permitem a reprodução da sociedade".

Ela está presente em qualquer modelo social e implica em situações particulares vividas por pessoas específicas, pois compreende o espaço onde o ser humano estabelece suas relações com outros seres humanos, e aí constrói **significados** à arte de viver.

O cotidiano, apesar de vivido de modo particular pelos indivíduos, apresenta graus de generalidade que permite articulá-lo com a totalidade (sociedade). Assim, ao lado das especificações da vida cotidiana do indivíduo, encontra aspectos comuns, porque presentes na vida de todos.

Constitui-se o cotidiano de certa forma de **significados**, ou seja, de estrutura de sentidos que se dão pela experiência e pela interpretação do ser humano ao que ele reconhece como realidade, no processo de sua vivência existencial. No **ser com**, ao movimentar-se no/com a vida cotidiana, o homem encontra inúmeras formas de apropriações ou de estrutura de sentido que lhe permitem ir além do que se é, favorecendo o seu transcender.

Na transformação de si e do mundo, o ser humano começa a perceber-se como cidadão, como sujeito **significador** de seu cotidiano.

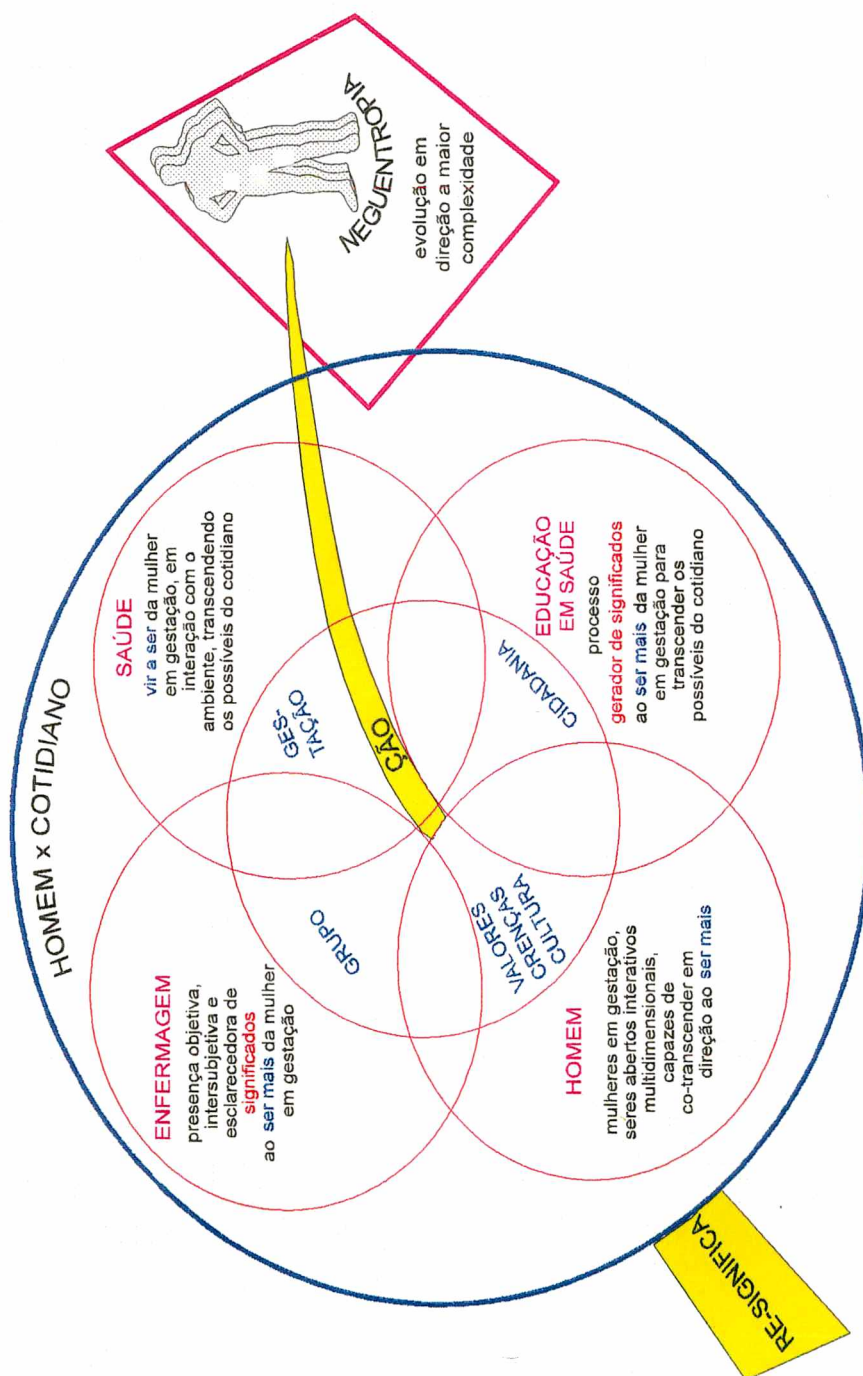
É nessa abrangência que o conceito de cidadania emerge e se define, segundo DEMO (1993) como:

Uma qualidade social das sociedades organizadas que outorga aos seres humanos que nela convivem, direitos e deveres legalmente reconhecidos, dos quais, os deveres são, por força de lei, cumpridos e os direitos são conquistados à medida que os seres humanos tomam consciência deles, percebendo criticamente a si mesmos e ao mundo no/com o qual são, estão fortalecendo-se para exercê-los.

Para GOHN (1992), a cidadania se constrói no debate do cotidiano, através do processo de identidade político-cultural.

Desta forma, tem que se considerar na formação crítica das pessoas, a possibilidade da **re-significação** da realidade, levando-se em conta, no processo das relações, o campo do ideológico, do conhecimento das habilidades, das atitudes e dos valores tanto individual como coletivamente.





Representação esquemática do **MARCO CONCEITUAL**: No "**ser com**", o cuidar pelo re-significar do cotidiano da mulher em gestação.  
Elaboração: SAID, Fátima (1995)

Esta estruturação conceitual permite, pela sua configuração significativa, pressupor que:

- a) educação em saúde é uma forma do cuidar em Enfermagem, que oportuniza a apropriação de valores, imagens e expressões lingüísticas construtores de padrões de vida e de saúde, dando significado às ações do homem no mundo. Como dimensão educativa do cuidar em ENFERMAGEM, ela está compromissada com o "ir além" do homem no/com o seu cotidiano;
- b) a re-significação vista como uma ação no trabalho educativo do cuidar em ENFERMAGEM, humaniza e promove o homem, favorecendo maior abertura para novas experiências dentro do processo vivencial e da identificação da sua corporeidade e consciência;
- c) o homem é um ser co-criador de **significados** dado a possibilidade de interação com outros homens, onde reconhece e partilha a multidimensionalidade que existe no cotidiano. Nesta interação, ele pode ser um agente de transformação de realidades, dando **significados**, facilitando a análise dos **significados** ou conduzindo à **re-significação**;
- d) a gestação está relacionada a um cultural que se dá pelas interações da mulher gestante com as estruturas da sociedade e da família, determinando orientações de valores, imagens, linguagem e ações.

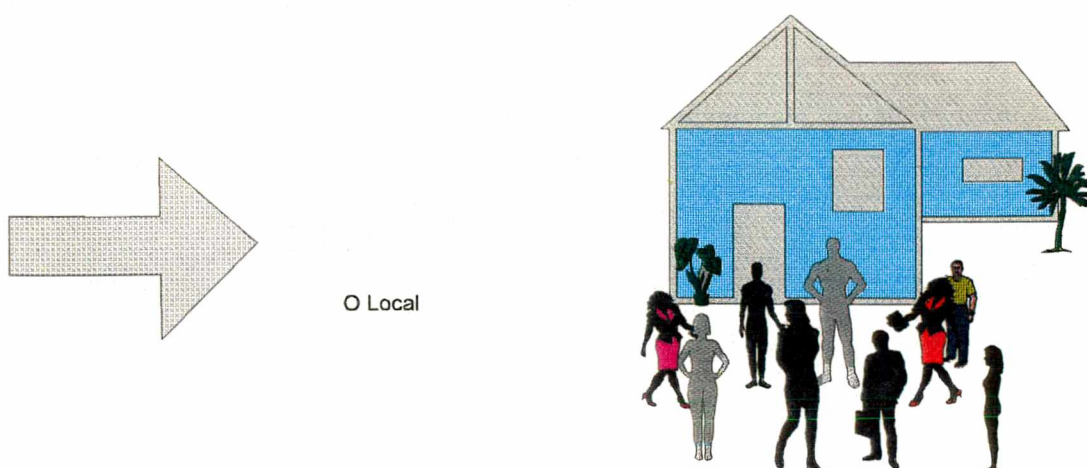
A consideração destes pressupostos, tornou possível realizar uma experiência de educação em saúde, sistematizada num trabalho, que pelas suas peculiaridades de fenômeno, foi ação e processo de características:

- a) existencialista: pois foi um estudo sobre o existir concreto do cotidiano do homem aprendendo o sentido do que está sendo e do seu constante vir-a-ser;
- b) dialética: pois reconheceu a multidimensionalidade da existência;
- c) estrutural: pois considerou as diversas experiências humanas na integração de diversos níveis, mundos e formas;
- d) construtivista: pois se fez pela progressão de etapas para a conquista de novas idéias, representações e comportamentos alcançados num sentido dialético entre a parcialidade e a totalidade que todo fato contém.

#### 4. ANCORADOURO DO CENÁRIO ASSISTENCIAL

##### 4.1. DESCREVENDO O LUGAR ANCORADOURO DO CENÁRIO ASSISTENCIAL PARA O ESTUDO DESENVOLVIDO

##### 4.1.1.



Este trabalho referendado teve inserção operacional numa unidade de Saúde da Rede Municipal de Curitiba, denominada UNIDADE DE SAÚDE SANTA CÂNDIDA, localizada no bairro Santa Cândida em Curitiba/Paraná. Sua prática assistencial desenvolveu-se com um grupo de clientes gestantes, oriundas de subgrupos do Programa de Saúde da Mulher.

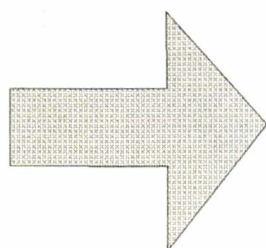
Esta unidade foi criada em 1985 sob a denominação de Centro de Saúde Clínica Odontológica Santa Cândida, com a finalidade de desenvolver atividades voltadas à atenção-médica, Odontológica e de Enfermagem. A partir de 1992 passou a ter a denominação atual.

Desenvolve suas atividades com uma equipe de técnicos contratados pela Prefeitura Municipal de Curitiba, contando também com a prestação de serviços de dois médicos conveniados.

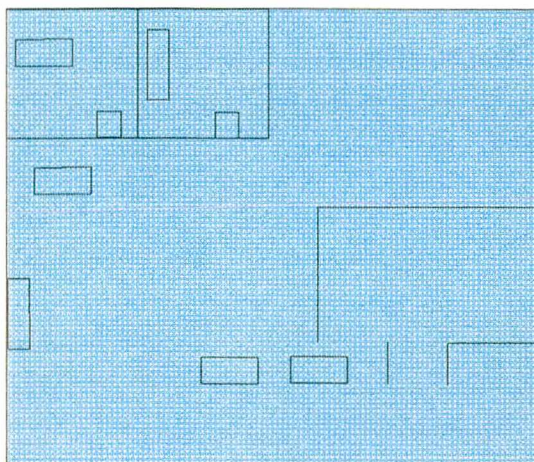
Tem um termo de comodato com a Paróquia Santa Cândida (proprietária do espaço físico ocupado pela unidade de saúde) até 1995, com envolvimento da Cúria Metropolitana de Curitiba e a Secretaria Municipal de Saúde, num acordo estabelecido de interesse, porém, com orientação da Política de Assistência de Serviços de Saúde deste último órgão.

Atende a uma população de 13.438 habitantes, recebendo forte pressão de demanda do Município de Colombo e bairros vizinhos, por sua localização ser acessível à rede viária destes locais. Presta atendimento à população no período das 07:00`as 21:30 horas de segunda à sexta-feira.



**4.1.2.**

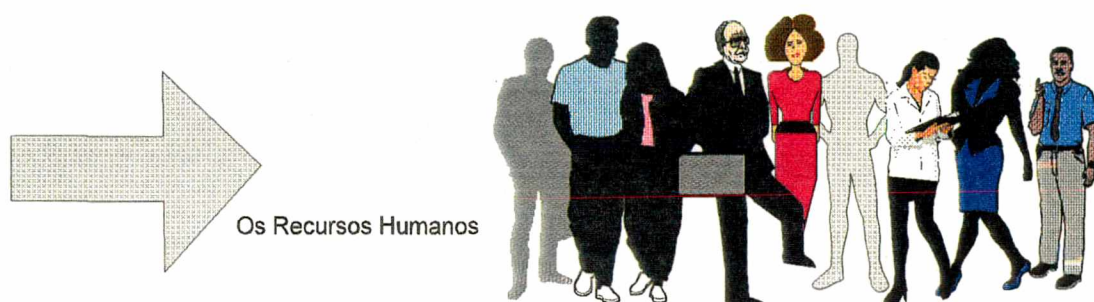
A Área Física...



Possui uma área física configurada pela inserção de:

- 2 Consultórios Médicos
- 1 Clínica Odontológica
- 1 Sala para Administração
- 2 Salas de Pré-Consulta
- 1 Sala de Nebulização
- 1 Sala para Imunizações, Injeções e Coleta de Material
- 1 Sala para Farmácia
- 2 Salas para Fichário e Recepção
- 1 Sala para Esterilização
- 1 Sala para Copa e Cozinha

## 4.1.3.



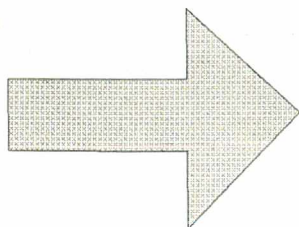
Conta a Unidade de Saúde Santa Cândida com uma capacitação de recursos humanos para a operacionalização de suas ações e atividades, assim identificada:

*QUADRO ADMINISTRATIVO DA CAPACIDADE PESSOAL DA UNIDADE DE SAÚDE SANTA CÂNDIDA*

| PROFISSIONAL/CATEGORIA                | Nº | CARGA HORÁRIA DIÁRIA |
|---------------------------------------|----|----------------------|
| ENFERMEIRO/Autoridade sanitária local | 01 | 08                   |
| MÉDICO/Clínica Geral                  | 03 | 04                   |
| MÉDICO/Gineco-obstetra                | 01 | 04                   |
| MÉDICO/Pediatra                       | 02 | 04                   |
| ODONTÓLOGOS                           | 06 | 04                   |
| ENFERMEIRO/Assistencial               | 01 | 06                   |
| ASSISTENTE Administrativo             | 01 | 08                   |
| DIGITADOR                             | 01 | 06                   |
| AUXILIARES DE ENFERMAGEM              | 05 | 06                   |
| AGENTES DE SAÚDE                      | 07 | 08                   |
| AUXILIARES de Consultório Dentário    | 06 | 08                   |
| TÉCNICOS de Higiene Dental            | 03 | 08                   |
| AUXILIARES de Serviços Gerais         | 02 | 08                   |
| HORTICULTOR da Fitoterapia            | 01 | 08                   |

Fonte: Área Administrativa - U.S.S.C., junho/95

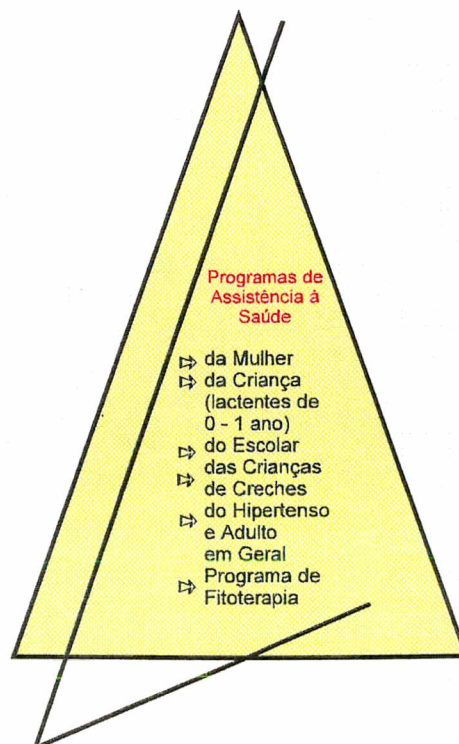
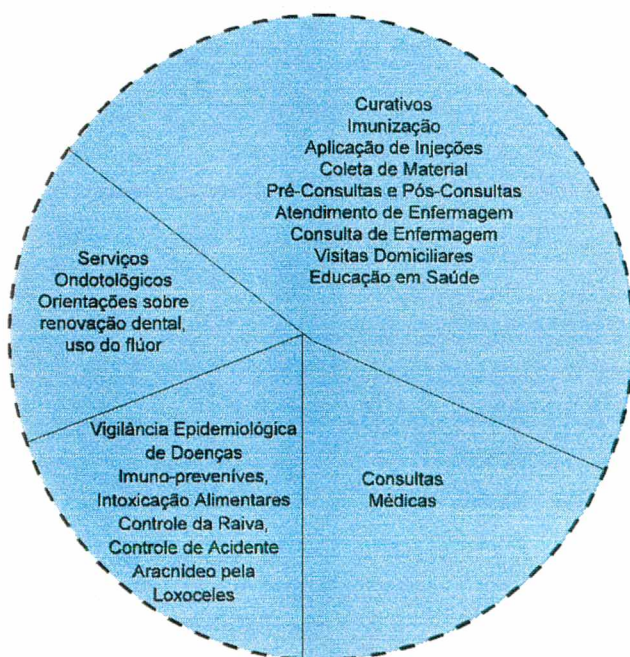
## 4.1.4.



## Os Programas e Atividades

Considerando:

A constatação de grupos etários mais vulneráveis aos agravos à Saúde e a existência de recursos e técnicas disponíveis para combatê-los, a Unidade de Saúde Santa Cândida define atividades e programas de Saúde para intervenção. Entre eles, verificam-se os seguintes:





As ações voltadas para o grupo de MULHERES em idade fértil inclui os cuidados à mulher enquanto gestante, puérpera ou nutriz nos períodos pré e inter-gestacional.

A gestante constitui grupo prioritário da atenção. As ações a ela dirigidas visam mantê-la em estado de saúde satisfatório durante a gravidez e a lactação, reduzindo riscos do parto. No período inter-gestacional, a ênfase é dada ao diagnóstico precoce e tratamento de doenças ginecológicas, incluindo as DST, Prevenção do Câncer e o Planejamento Familiar.

As ações voltadas para o grupo de CRIANÇAS visam prestar assistência integral de forma contínua e regular para acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento, assim como, diagnosticar e tratar precocemente as intercorrências patológicas. Neste grupo, o Centro de Saúde dá prioridade de atendimento às crianças de 0 - 1 ano - os LACTENTES - por apresentarem maior vulnerabilidade dos agravos à saúde.

As ações voltadas ao grupo de ADULTOS visam o controle das doenças transmissíveis e das doenças crônico-degenerativas. As ações nesta última área enfatizam a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento da hipertensão arterial, bastante prevalente na área de atuação da unidade.

**O ATENDIMENTO À MULHER** dá-se pelas seguintes atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde:

a) pré-consulta:

- verificação de pressão arterial, temperatura, peso e registro na Ficha Geral de Atendimento;
- levantamento das queixas principais e registro na Ficha Geral de Atendimento;
- encaminhamento da cliente para consulta médica ou de enfermagem;



- encaminhamento para diversos programas como: planejamento familiar, prevenção do câncer cérvico-uterino, pré-natal, hipertensão arterial e reuniões de grupos.
- b) pós-consulta, orientação a respeito de componentes educativos, entrega de medicamentos, colheita e entrega de material para exames de rotina, conforme prescrição médica.
- c) atendimento de enfermagem, abertura da ficha perinatal, carteira da gestante, ficha de aprazamento, orientações de acordo com o período gestacional, encaminhamento para vacinação de rotina.
- d) atendimento de enfermagem no planejamento familiar, anamnese, orientação, demonstração dos métodos anticoncepcionais, uso, risco e contra-indicações, aprazamento retorno.
- e) grupo de gestantes, com orientações de Enfermagem quanto às transformações do corpo, alimentação, incentivo ao aleitamento materno, higiene, importância do pré-natal, vacinação e cuidado com o recém-nato.
- f) consulta médica em ginecologia (afecções ginecológicas, colposcopia, controle do câncer cérvico uterino e de mama, DST, termocauterização e criocauterização).
- g) consulta médica para o pré-natal.
- h) grupo de planejamento familiar com orientação de Enfermagem.

As gestantes constituem um grupo prioritário de Atenção à Saúde da Mulher. São atendidas nesta unidade, sempre às sextas-feiras por um Médico, por uma Auxiliar de Enfermagem e por um Odontólogo. Não há nesta Unidade atendimento psicológico às gestantes.

O encaminhamento para o parto é feito ao Hospital-Maternidade Saint-Claire, localizado na zona centro-leste da cidade de Curitiba, sob forma de convênio com o SUS.

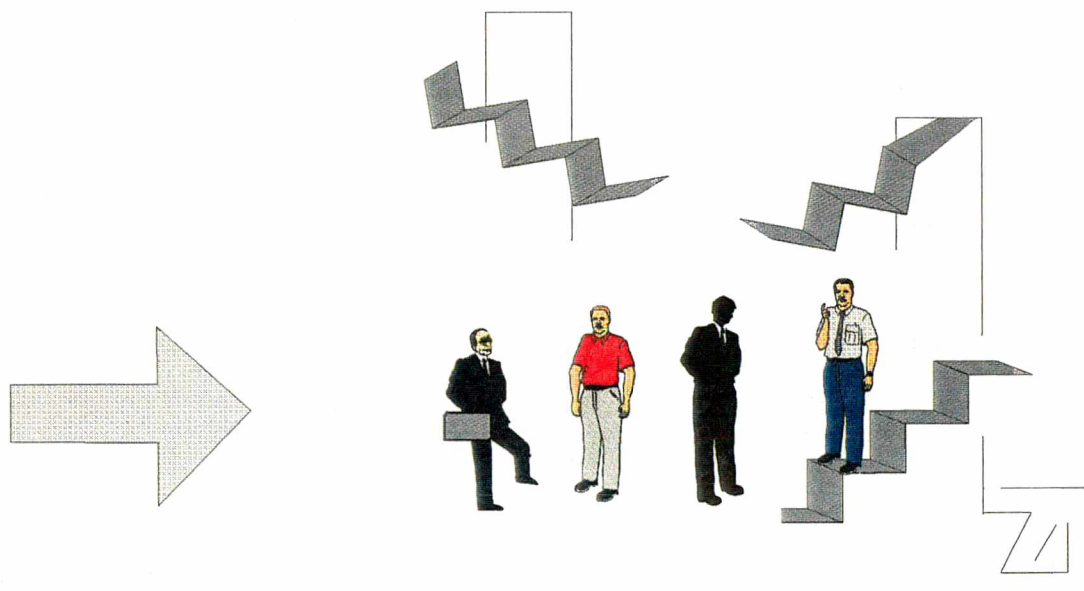
As gestantes clientes do Programa de Pré-Natal da Unidade de Saúde Santa Cândida, estão divididas em 4 (quatro) grupos e cada grupo tem seu dia de Consulta Médica e de Educação em Saúde agendado numa sexta-feira de cada mês do ano. O médico responsável pelo Pré-Natal considerava bastante difícil a gestante vir para o atendimento de rotina na Unidade mais de uma vez por mês, dados motivos ligados às condições econômicas precárias da clientela. Existe, todavia, sempre à disponibilidade, uma ou mais consultas para situações e intercorrências emergenciais.

O grupo atendido pelo médico é também o mesmo do trabalho educativo realizado pela auxiliar de enfermagem.

São grupos heterogêneos, compostos por primigestas e multigestas em diferentes idades gestacionais, o que traz, às vezes, dificuldades para o coordenador do grupo proporcionar um interativo conducente ao real atendimento individualizado. As reuniões educativas ocorrem sempre antes da consulta médica e têm duração de mais ou menos 30 minutos; orientam-se pelo uso de palestras acerca de um programa de assuntos instituídos pela Unidade de Saúde seguindo o Programa do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) do Ministério da Saúde.

**4.1.5.**

*Crenças e Valores da cultura  
ORGANIZACIONAL e da  
EQUIPE DE SAÚDE da  
Unidade.*



A Unidade de Saúde, em sua organização de estrutura e funcionamento, objetiva promover a melhoria das condições de saúde da comunidade, mediante ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dirigidas ao indivíduo, à família e ao meio.

Com ênfase na atenção primária, tem por finalidade satisfazer as necessidades identificadas na população, por meio do uso de tecnologias simples e eficazes, voltadas prioritariamente para o combate dos problemas de maior prevalência e significado social. Está, no momento, redesenhando seu Diagnóstico Epidemiológico da Área de Abrangência, para organizar uma proposta de serviços mais correspondente às necessidades reais de seus usuários quanto as questões de Saúde.



A viabilidade da intenção de seus objetivos tem o apoio popular no Conselho de Saúde Local, ainda em processo de maturação do aprendizado de participação e decisão dos problemas e questões de saúde, para uma perspectiva transformadora.

Acreditando que na problemática de saúde há determinação de fatores de múltipla e distinta natureza, a equipe atual reconhece a necessidade do caráter multidisciplinar e multiprofissional na sua matriz de identidade. Isto deixa claro a necessidade do estabelecimento de funções que levam todos os elementos a participarem, de maneira responsável das atividades que lhes são distribuídas.

Tem a equipe bem compreendidos os objetivos do trabalho da unidade como serviço prestador de assistência à saúde.

Nesta Unidade de Saúde, as práticas profissionais que se desenvolvem, envolvendo a combinação e direção de variáveis como **tarefas, pessoas, estrutura, ambiente, tecnologia**, tem como modelo gerencial **a Gerência Participativa**. A equipe ambiente compartilha responsabilidades por objetivos; participa nos processos decisórios; tem um consenso básico de filosofia de trabalho, no contexto organizacional.

A atitude profissional facilitadora da ação educativa, em todo e qualquer contacto entre os profissionais de saúde e a população, dentro e fora da unidade de saúde é processo que está em retroalimentação.

Tem esta Unidade desenvolvido, em parceria com a Licenciatura de Enfermagem da UFPR, onde estou inserida profissionalmente, alguns projetos de Educação em Saúde, junto a grupos de interesse da sua área de abrangência: creches, escolas, associações de bairro, projetos de integração de adolescentes, projetos de integração das ex-meninas de rua, etc., com base em problemas e questões de saúde que a equipe e/ou a própria comunidade relacionam como importantes para discussão.

#### **4.2. EXPLICANDO E ESCLARECENDO O SIGNIFICADO MOTIVO-EMOTIVO DA ESCOLHA DO ANCORADOURO.**

A escolha por este cenário à ancoragem da prática proposta foi resultante de uma série de situações precursoras e de expectativas que lograssem leituras significativas acerca da questão da Educação em Saúde enquanto processo e produto, para a Unidade de Saúde e a mim mesma com o presente trabalho. Cabe colocar como situação precursora a informação de que, há mais ou menos três anos venho desenvolvendo junto à esta Unidade de Saúde, a prática de alguns projetos de Educação em Saúde com a participação dos alunos da Licenciatura do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, dado minha identidade profissional de pedagoga e docente do Departamento de Métodos e Técnicas da Educação e de enfermeira sanitaria da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Tal situação, por si mesma, emprestou para este trabalho uma boa configuração vincular com a equipe de saúde local, ou seja, um acesso mais favorável à negociação da possibilidade de experiencição de trabalhos assistenciais com vertente educativa.

Assim, quando eu coloquei junto aos enfermeiros responsáveis pela Chefia e pela Assistência de Enfermagem da Unidade de Saúde, que desejava desenvolver uma prática de Educação em Saúde junto de um grupo de gestantes do Programa de Pré-Natal, numa perspectiva diferente do modelo instituído, a acolhida da idéia foi imediata, sobretudo pelo desafio que nela haveria em relação à formação de grupo, à forma de instituição do eixo temático e à sua metodologia pedagógica para sua abordagem.

A expectativa institucional era extrair leituras destes três focos e também treinar, pela participação neste grupo, a funcionária responsável pelas reuniões

educativas com as gestantes assistidas pela Unidade de Saúde, quanto à novas técnicas e nova metodologia de abordagem grupal.

Meu desejo de buscas em termos de significação era reunir dados para **re-significar** a práxis dessa dimensão da assistência de Enfermagem, experienciando um caminhar onde o grupo fosse o sujeito da pauta de sua aprendizagem na busca do seu **ser mais**, onde o espaço relacional fosse um locus em que as mulheres em gestação pudessem residir, expressar-se, compartilhar e levar consigo novos sentidos para a reorganização e condução do seu cotidiano.

#### **4.3. NEGOCIANDO PARA CONSOLIDAR UMA ANCORAGEM**

Com a certeza da aquiescência para a realização do trabalho, o primeiro movimento tomado foi no sentido de apresentar e discutir o projeto da proposta com a equipe responsável pelas ações para a saúde da mulher gestante, a fim de se confirmar apoio e validação da idéia como elementos integrantes no processo.

A posteriori, a apresentação do Projeto também se deu junto aos grupos de mulheres gestantes, com a finalidade de torná-las cientes do mesmo e também de convidá-las a participarem do pretenso grupo.

Junto à apresentação dos objetivos e do processo de trabalho, procurou-se explicitar objetivamente às gestantes que o engajamento e a participação no grupo seria opção livre por parte delas, possibilitando que o consentimento, desistência ou recusa de cada mulher fosse livremente declarado. Foi assegurada a informação de que cada um dos membros do grupo a se configurar, teria a liberdade de retirar-se do mesmo no momento em que desejasse fazê-lo. Colocou-se que o aspecto de respeito à individualidade e à privacidade das componentes do grupo seriam atitudes presentes/permanentes nos trabalhos com o grupo e que não seriam



citados os nomes dos membros do grupo na redação final da dissertação, mas só codinomes e com o devido consentimento permitido pelos mesmos.

Para o registro de falas ou dados de algumas oficinas de trabalho com o grupo, negociou-se o uso do gravador e das fotografias.

Outra postura que nesta fase de negociação foi deixada bem clara, foi a de que seria feito sempre junto ao grupo, a devolução do material registrado, visando garantia da fidedignidade e do consentimento para uso dos mesmos na construção do trabalho.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. A TRAJETÓRIA NA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA: SENTIDO, CAMINHOS, PAPÉIS E PAPÉIS NO CAMINHO NO CAMINHO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Segundo REZENDE (1990), uma aprendizagem significativa é aquela que se faz com o conhecimento, mas também com a compreensão das múltiplas manifestações da realidade.

*Aprender significativamente é aprender a estabelecer relações significativas, no reconhecimento de que há sentidos se articulando e circulando no interior das estruturas que caracterizam e expressam apropriações da vida cotidiana dos homens.*

Assim, o enfermeiro e os usuários dos serviços de saúde podem ser pensados como homens significadores, o que lhes facilita a possibilidade de

compartilharem **significados** que permeiam crenças, valores e atitudes face à questões de saúde e vida, no sentido de aumentarem suas potencialidades de interpretação, compreensão e reorganização da vida cotidiana pela construção de caminhos próprios e singulares que se consolidam na troca de experiências pelo **ser com**.

Como fazer este caminho?

Este caminho pode ser feito, reunindo-se no seu processo, o homem e o mundo, a existência e a significação, na forma do cuidar em Enfermagem como uma prática assistencial de dimensão educativa.

Cabe ao enfermeiro, no conjunto das relações pedagógicas estabelecidas entre os sujeitos das práticas sanitárias, a busca da compreensão de como os indivíduos e a sociedade fornecem **significados** e como estes articulam informações, símbolos, pelas interações circulantes no que se referem ao corpo, às relações de gênero, à relação com a natureza, à vida cotidiana, etc.

Neste particular, a metodologia diz respeito não só ao aprender, ao ensinar, mas ao interagir, ao participar, à linguagem e à socialização dos processos de produção dos **significados**. Pela metodologia selecionada, o enfermeiro pode acentuar nos indivíduos a sua condição de sujeitos para contribuírem e intervirem mais significativamente na estrutura de sentidos que configurem suas relações consigo mesmo e com os outros. Esta metodologia, com vista a uma aprendizagem significativa, deve favorecer a constatação da realidade em seus significados, a aquisição de conhecimentos e de novos significados, a aprendizagem do pensar crítico não só de conteúdos mas de procedimentos.

Assim, numa ação de educação em saúde, a proposta metodológica deve ter, como ponto de partida da aprendizagem, a realidade, o cotidiano das pessoas ou do grupo, visto que é precisamente aí o lugar onde estão as experiências de vida dos mesmos e onde eles percebem suas carências, suas necessidades. Como a vida cotidiana é a real preocupação das pessoas, as experiências em suas significações



devem ser consideradas objetos de análise, com o fim de desenvolver atitudes e capacidade de ação para um "ir além" nas situações do existencial.

Para propiciar uma aprendizagem significativa, o enfermeiro, através de um amplo processo de vivências com um grupo, tem a intencionalidade básica de favorecer condições ao compreender e esclarecer dos **significados**, das situações de vida-saúde que a clientela enfrenta e assim, facilitar no grupo, as **re-significações** advindas do processo de ensino-aprendizagem, que nesse espaço ele pode provocar. Sustenta ainda a importância desta proposta metodológica, o pressuposto de que se humaniza o Homem a partir de uma prática educativa compartilhada. Também a importância se sustenta quando se reconhece no trabalho de Enfermagem que, por exemplo, a mulher gestante pode ir além do biológico, e que em grupo, pelas relações sociais, emergem situações vivenciais da condição feminina que possibilitam a troca de conceitos, valores, expressões, crenças que facultam a apreensão e compreensão do próprio ser humano, saúde e vida, a integração no direito ao conhecimento do próprio corpo, seus processo, suas relações.

No trabalho desenvolvido junto ao grupo de mulheres gestantes, ancoradouro deste estudo, a minha intenção foi realizar uma proposta de prática assistencial de Enfermagem, com dimensão educativa, orientada por uma metodologia que não recaísse na reprodução do modelo repassador de informações.

Procurou-se experienciar uma proposta que se caracterizasse por um espaço aberto ao esclarecimento de **significados** ou à **re-significação** de questões emergentes da vida cotidiana da mulher em gestação, sob forma de oficinas de trabalho.

Desta forma, fica entendido que o objeto de trabalho do grupo estaria, em suas bases no que o grupo solicitasse, considerando-se este princípio ao mesmo tempo instituído e instituinte da prática de saúde; também respeitou-se a consideração da clientela como sujeitos de direitos. Tal condição daria a este

trabalho a característica de contingencial, de construtivo no e com o grupo, pelos conteúdos de abordagem, pela agenda dos encontros e até pelo requerimento do tratamento metodológico.

Guiei-me pela reflexão de que é preciso atentar sobre a questão da metodologia da Educação em Saúde para não se incorrer numa práxis de domesticação, de posição vanguardista, que, para HURTADO (1992), é aquela em que poucos intelectuais, sem contacto com o povo e seu processo, ditam normas de verdade e pautas a seguir. Ainda, segundo este autor, desenvolvem conteúdos alheios à prática dos grupos; usam métodos igualmente bancários e técnicos como aula, palestra e discurso, isto é, técnicas de transmissão de conteúdos.

Para VASCONCELOS (1991), esta visão que não se confunde com uma certa assepsia acadêmica que se quer neutra e distante, indica um método pedagógico de aproximação para a superação dos problemas: ouvir, partir de onde o outro se encontra para, conjuntamente, ir criando novas práticas; não reduzir a identidade do outro à sua própria.

Embora estivesse utilizando as idéias de PARSE como referencial teórico para esta prática assistencial de Enfermagem a fim de sustentar a estruturação do marco conceitual, considere necessário assinalar que aquela autora não chegou a elaborar um processo de Enfermagem, mas apenas uma teoria para orientar as possibilidades de uma prática. Portanto, a tarefa de elaboração da metodologia deste estudo deveria ser um processo construtivo. Tomei como referência metodológica à sua fundamentação, o itinerário pedagógico de Paulo FREIRE para determinados momentos do trabalho e também algumas técnicas psicodramáticas em outros, sem perder como eixo-base em ambos, a relação dialógica-reflexivo-crítica, importante ao caminho da co-criação da realidade de **significados** do grupo.

BRUSILOVSKY (1989) ressalta que o central num processo metodológico é a estimulação e a expressão dos diversos matizes do pensamento, além da

participação. Neste sentido, é importante destacar que o animador-pedagógico precisa buscar formas auxiliares que favoreçam a expressão da linguagem, transformando o indivíduo de um respeitador e consumidor passivo em um indivíduo ativo, que consome reflexivamente, produzindo conhecimentos e modificando o seu meio.

Neste processo, o enfermeiro está "in" quanto ao grupo, fazendo parte dele no papel de um homem significador, o qual encaminha interpretações e necessidades que no contexto grupal nascerem para várias formas de análise de sentidos, buscando intencionalmente com o grupo, o esclarecimento e a estruturação de **significados** por imagens, valores e linguagem.

As interpretações dialogizadas a partir das expressões de percepção e comunicação, devem se dar por todos os membros do grupo, os quais, relatam, analisam, expressam imagens, valores, linguagem. Consideradas seres abertos além de interativos, as gestantes serão livres para fazer escolhas, tomar decisões, estruturar e/ou reestruturar **significados**.

Pessoas compartilhando uma direção comum num senso de comunidade podem atingir seus objetivos mais rápida e facilmente, podendo re-significar suas questões cotidianas, caminhando em direção favorável de sua tendência ao **ser mais**, ao **co-transcender**. Sendo a gestação um fato cultural e uma vivência essencialmente feminina, a percepção dele, o desconhecimento e temor de seu processo, presentes nas mulheres de qualquer classe social dado o quadro da sujeição feminina, requer que o pedagógico venha a estruturar melhor os **significados** da gravidez, tornando esta um acontecimento mais saudável em sua multidimensionalidade.

Para isto, pensei em desenvolver uma metodologia que fosse prazerosa, influente e ampliadora, utilizando-me de oficinas de trabalho que provocassem o pensar, o sentir, o agir do grupo, numa forma mais dinâmica, concreta, emocionalizada e duradoura.



Procurei fazer uso de algumas técnicas que rompessem com antigas e cristalizadas crenças sobre papéis, relações e representações, favorecendo a expressão de idéias, sentimentos, imagens e linguagens por meio da discussão, da demonstração e de procedimentos outros, como jogos dramáticos, exercícios utilizando o corpo, a música e as construções com figuras e colagem.

Nessa metodologia, o pressuposto fundamental era que cada gestante fosse o centro de seu próprio percurso em direção ao significado, ao conhecimento. Aqui, a idéia da finalidade ou do objetivo dos temas e conteúdos das oficinas, das necessidades e expectativas das pessoas é que davam o tom do significado metodológico.

Entendida nesta proposta como sentido que se dá às diversas ações para que estas atinjam fins desejados, a metodologia não acontece desarticulada do contexto histórico do grupo onde se insere, traduzindo, na sua prática, uma concepção teórica de Homem, Educação, Enfermagem, Mundo.

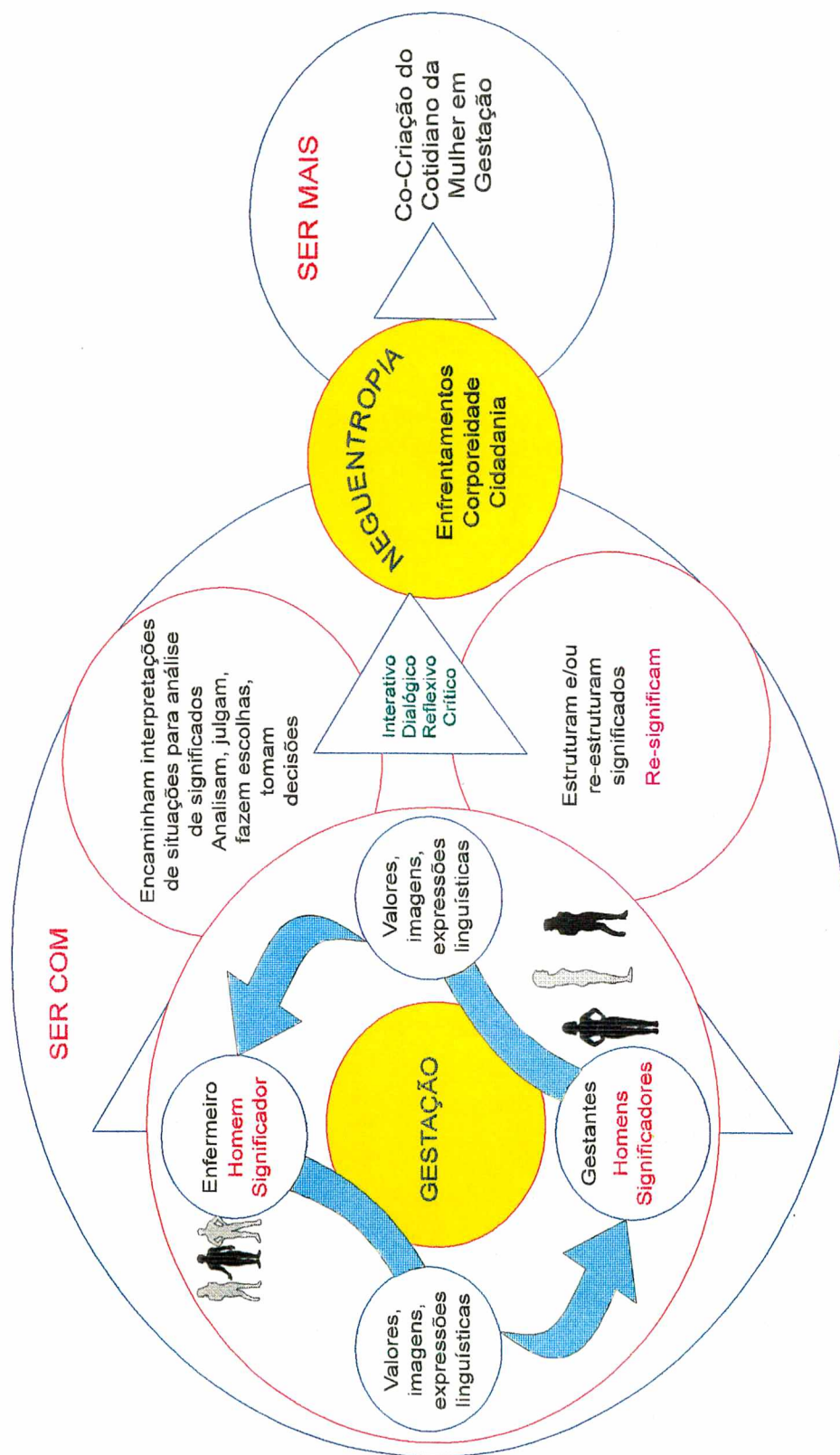
Apoiando-se numa pedagogia interacionista-dialética, se trabalhou com as diferentes experiências humanas, passando pela espontaneidade, criatividade e pela liberdade de expressão do grupo.

Esta experiencição, enquanto assistencial x educacional, destinou-se a gerar variáveis fundamentais para uma análise da práxis da Educação em Saúde, levantando dados qualitativos.

Esta pesquisa utilizou a análise do conteúdo das situações apreendidas pela expressão de seus **significados**, apoiando a mesma, em um referencial teórico.

O material destinado à análise caracterizou-se pela linguagem, fatos e movimentos das pessoas no processo vivenciado.

Este método de análise foi escolhido pela característica da pesquisa ser qualitativa e até por ser também um estudo de valores, papéis e tendências das ações educativas na prática da enfermagem, procurando refletir sentidos contidos no conteúdo das mensagens do homem sobre a vida cotidiana.



Representação esquemática da relação dialógica Enfermeiro x Mulheres Gestantes, pelo entendimento do primeiro Princípio da Teoria de PARSE.  
Elaboração: SAID, Fátima (1995).

## 6. O PROCESSO GRUPAL

### 6.1. SIGNIFICANDO O NASCER, O CRESCER, O TORNAR-SE UM GRUPO

*O que esperamos quando procuramos outros homens?  
Certamente uma presença, por meio da qual, somos informados  
de que apesar de tudo, há significados.*

(BUBER, apud HYCNER, 1995)

Uma vez convencida do desejo de pôr em prática minha proposta assistencial de Enfermagem, sob a configuração de um trabalho de Educação em Saúde que se afastava dos padrões de relacionamento enfermeiro-cliente em uma consulta de Enfermagem ou Enfermagem-grupo, com palestras antes da Consulta Médica, pus-me a caminhar para a sua concretude.

Minha primeira iniciativa de ação foi contactar com os enfermeiros responsáveis pela Chefia e pela Assistência de Enfermagem da Unidade Sanitária Santa Cândida, ocasião esta em que lhes apresentei meu projeto de prática em sua intencionalidade e operacionalização para

dar a conhecer a essência  
fundamental da prática  
pretendida.

e

firmar compromisso, apoio,  
responsabilidades e formas de  
participação.

Explicitei-lhes que gostaria de trabalhar com um grupo de mulheres gestantes, numa proposta de grupo de convivência, cuja modalidade de adesão ao grupo fosse regida pela escolha livre para participar.

As participantes gestantes, reunir-se-iam uma vez por semana, com sessões de duas horas por um período que findaria com o término da gestação. Neste grupo, as pessoas compartilhariam questões do cotidiano da mulher em gestação, dispondo de uma contextualização vivencial mais ampla em termos de voz.

Interessava-me que os encontros que se dessem, indicassem pela confluência de atualidades existenciais, o contexto temático das reuniões grupais, determinando-se o seu processo pelos fluxos e refluxos do coletivo quanto a seus interesses e necessidades.

Concordo com FONSECA (1988, p. 21) quando ele salienta que:

Um grupo de convivência não tem, pois, nenhum tipo de programa a priori. O interesse de sua proposta é o de que o seu acontecer se engendre como processo espontâneo de constituição e de desdobramento das relações interpessoais, a partir dos interesses pessoais e coletivos. O momento da atualidade existencial de cada um dos participantes individuais, assim como a situação de cada um dos sub-sistemas eventuais em que eles se articulam a partir de suas condições, necessidades e interesses, são privilegiados como focos autônomos e ativos de constituição e reconstituição do encontro em processo grupal.

Interessava-me também sentir a possibilidade de o grupo ser um espaço gerador de uma multiplicidade de interesses, necessidades, capacidades, potencialidades e estruturas de sentidos, ou seja, de **significados**, com vistas à expansão do compartilhar e do crescer, mesmo quando da necessidade de **re-significação** de aspectos e questões do cotidiano da mulher em gestação.

Seria uma prática assistencial com dimensão educativa numa direção de busca do **ser mais** de cada mulher, já que nela seria entendida como o "viver", o transcender possíveis na rede de **significados** da vida cotidiana.

O desafio era justamente trilhar um novo caminho, para trazer, à luz das reflexões colhidas, questões estruturais da práxis assistencial, sob dimensão educativa, como fim de apreendê-la para aprendê-la e aprendê-la para mudá-la.

A questão do meu desejo era experienciar um outro modelo mais fomentador de horizontalidade entre os sujeitos, instituído no diálogo, com vistas à compreensão, à descoberta ou redescoberta de **significados** construtores de padrões e saúde.

Entendida a intenção do trabalho, acenado o consentimento, começou-se a caminhar para a composição do grupo em formação. Esta etapa foi feita com a colaboração da auxiliar de Enfermagem, responsável pela atividade de Educação em Saúde junto às gestantes da referida Unidade. Foi um período trabalhoso visto que todas às sextas-feiras eu visitava um grupo de gestantes, buscando motivá-las a participar do referido trabalho, pedindo-lhes, também, ajuda no sentido de divulgação e extensão do convite a outras gestantes. Neste período fiz também convites verbais junto à clientela de mulheres gestantes que freqüentavam a sala de espera e a sala de preparo à consulta médica do obstetra.

Solicitei junto ao médico obstetra da Unidade, incentivo e apoio no sentido de mobilizar as mulheres gestantes a virem participar do grupo.

Não foi incluída nesta fase de marketing da proposta, a fixação de cartazes divulgadores e nem eu recorri ao fichário para levantar endereços e proceder a convites via aerograma, já que eu queria verificar como iria se dar a adesão e composição do grupo, por via automotivação. De uma média de vinte e oito mulheres gestantes abordadas dos quatro grupos visitados, a princípio, relacionou-se doze adesões. A maioria das mulheres que não se vincularam, apresentaram uma série de desculpas e justificativas impeditivas, relacionadas com uma



diversidade de motivos, limitações e dificuldades advindos da vida cotidiana. Pode-se verificar nesta fase de contactação-convite, que muitas mulheres "se impediam" de participar do grupo, pois priorizavam seu tempo para as atividades domésticas e com os cuidados com a família:

- *"Preciso no final de semana, encerrar a casa, fazer pão, passar a roupa porque meu marido chega de viagem. Ele é caminhoneiro, daí você sabe né, quer a mulher em casa, com a casa limpa".*
- *"Ah, eu até gostaria de vir para este grupo, mas tenho que cuidar do meu sogro que é velhinho e mora com a gente".*
- *"Eu sinto não poder vir para o grupo. Eu venho aqui sempre correndo, porque deixo duas crianças sozinhas, fechadas em casa".*

Outras vezes, senti que o elemento complicador para a disponibilidade de participação era o trabalho fora de casa, a falta de autonomia para decidir por elas o seu lugar participativo, o medo de estar num grupo pela necessidade de exposição/expressão:

- *"Eu só venho ao médico mesmo, porque trabalho fora. Nunca venho para as palestras. Meu patrão só me dispensa para o horário do atendimento do doutor".*
- *"Preciso falar com meu marido para ver se ele deixa eu entrar no grupo".*
- *"Não gosto de grupo porque a gente tem que dar opiniões, tem que falar. Eu tenho vergonha de não saber..."*

As mulheres abordadas valorizam muito as atividades que desempenhavam no espaço privado, como o alimentar, o lavar, o limpar. Além disso, atendiam às

necessidades concretas dos seres humanos, cuidando dos afetos, procriando, dando suporte à educação das crianças, zelando pela saúde de seu grupo primário imediato.

Desenvolvem papéis e movimentam-se com atividades configuradas por modelos ideológicos que materializam o lugar da mulher e a sua identidade numa quase única posição subjetiva de "cuidadora". Nesse posicionamento todavia, não se vêem cuidadoras de si próprias muitas vezes, e, nem se mobilizam em direção aos projetos para a sua auto-promoção, para seu auto-conhecimento, propostos pelos espaços públicos.

Esse sutil, mas visível residir das mulheres, em cuidados para com os requerimentos do espaço doméstico, foi fator de impedimento da adesão de muitas mulheres-gestantes ao grupo em composição.

Esta perspectiva de situação apreendida na implementação desta fase de composição inicial do grupo, trouxe-me à reflexão, a seguinte questão: não poderia o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, nas suas ações educativas, utilizar seu espaço para também questionar e reinventar outros **significados** que circulando nas questões do feminino favorecesse uma atitude cultural de mais engajamento da mulher ao seu **ser mais**?

A questão da tutela conjugal foi também outro fator determinante da não participação de algumas mulheres-gestantes ao grupo. Sem o aval do seu "tutor" masculino elas não podiam exercer o direito de opção para inserir-se num processo grupai e assim, ficavam de dar uma resposta em outro encontro. Pela vontade política de seus homens, muitas mulheres são figuras subalternas e alienadas da história, sem expressão autônoma da individualidade feminina, sem movimentos para alterar as condições sociais de sua vida, o que se verifica sobretudo, nas mulheres de classe social baixa.

Já outras mulheres gestantes, por motivo de timidez ou mesmo de conformismo, não se colocaram disponíveis para ingressar no grupo, explicando

que não gostavam de falar no grupo, que sentiam vergonha ou que não iriam saber responder às perguntas feitas pelo coordenador do grupo. Ainda que o grupo pudesse ser reconhecido por algumas gestantes como um espaço vital ao desenvolvimento pessoal para a evolução, para a mudança, a resistência das pessoas em participar dele era grande.

Para LEWIN apud MAILHIOT (1991), duas atitudes típicas das pessoas podem ser observadas em relação à mudança, ao desenvolvimento, a atitude conformista e a atitude não conformista. A atitude conformista é condicionada pelas percepções sociais cristalizadas que percebem toda mudança do "*status quo*" como catastrófica. A atitude não conformista, ao contrário, é inspirada pelas percepções sociais que antecipam toda mudança do "*status quo*" como desejada e esperada.

Esta compreensão, leva-se a equacionar que assim como há pessoas que sentem inclinação a estar com/no grupo para crescer e superar a si mesmas, há pessoas que podem não sentir desejo e aspirações para o mudar-se. Trata-se de uma questão de motivação intrínseca de cada um, que, por situações diversas, muitas vezes não consegue direcionar-se aos propósitos profissionais.

As condições econômicas, a dependência de transporte coletivo para se chegar à Unidade de Saúde e a residência em outro município, foram situações que interferiram na adesão de muitas mulheres gestantes ao grupo.

A par do diagnóstico de situações e condições que favoreciam ou desfavoreciam a entrada das mulheres-gestantes no grupo em composição, pôde-se verificar que, para aquelas que aderiram ao convite, o motivo estava numa necessidades de *sair da solidão doméstica* e da *privação cultural* em busca do seu **ser mais**.

Algumas gestantes colocaram que gostariam de fazer parte do grupo, mas somente sob a condição de disponibilidade de participarem das suas oficinas de trabalho, apenas naquela sexta-feira em que viessem para a consulta médica. Como se tratasse de um trabalho com a característica de um processo grupal

construtivista, não se concordou com esta forma de participação, explicando-lhes o porquê do não consentimento do coordenador do grupo em favor de sua contra proposta.

Após achar que contaria com um grupo de doze gestantes, decidi agendar uma primeira tentativa de reunião no salão de reuniões da referida Unidade de Saúde.

Neste dia, fui ao encontro do grupo munida de lanche, de material para uma dinâmica de apresentação das pessoas e com muita motivação e expectativas para iniciar a materialização da proposta. Logo que cheguei à Unidade de Saúde, avistei três gestantes dos grupos em que havia sido feito o convite. Aproximei-me delas, conversei, reforçando-lhes interesses e sugeri que se esperasse as demais que deram seus nomes à composição do grupo, até uma determinada hora.

Dirigi-me à sala de preparo de gestantes para a consulta médica para angariar novas adesões e reforçar as que já contava. O movimento da demanda naquela sexta-feira foi pouco. A temperatura estava baixa e o dia nublado, concorrendo estas condições climáticas para o não comparecimento de muitas mulheres gestantes, ao Pré-natal, presumivelmente.

Não consegui novas adesões; os motivos eram os mesmos, sempre vinculados às questões do trabalho e da responsabilidade com as atividades e pessoas do ambiente doméstico.

No horário apazado, retornei então à sala de espera da Unidade Sanitária; lá estavam ainda as três gestantes, uma delas acompanhada de sua mãe que queria fazer parte do grupo, embora não fosse gestante.

Dirigindo-me com elas à sala de preparo da Unidade Sanitária, aguardei a auxiliar de Enfermagem - coordenadora dos grupos gestantes - que logo adentrou a esta sala, seguida por mais duas gestantes do grupo de atendimento pré-natal daquela sexta-feira.

O grupo era então cinco gestantes e não doze como eu esperava.

Foi feita a apresentação de cada uma delas, mencionando-se nome, idade, número de filhos, mês gestacional. Como havia duas gestantes novas, recoloquei a proposta de trabalho e logo a seguir fiz uma atividade lúdica, visando relaxar o campo relacional para então abrir mais o interativo.

O grupo se soltou um pouco mais, mas ainda era forte o reclinar ao comportamento de quietude, apreensão e desconfiança. Vinham as gestantes de grupos diferentes para aquele coletivo grupal a se matricular.

Pensando que aquelas mulheres poderiam configurar a gênese do grupo para a proposta de trabalho, procurei abrir o momento ao levantamento de percepções, expectativas e opiniões acerca dos conteúdos e da forma que configurariam o processo de trabalho em sua elaboração, efetivação e produção grupal.

Após um momento de silêncio e de entreolhares, uma gestante contou ao grupo uma experiência anterior que tivera com um grupo de Educação em Saúde para gestantes, ressaltando a importância do participar desses grupos. Sugeriu ela que se trabalhasse o tema "corpo de mulher" para se conhecer melhor os fenômenos pertinentes à fisiologia e anatomia do sistema reprodutor feminino. Outra gestante sugeriu que se trabalhasse melhor a compreensão da "dor no parto", já que todas as mulheres gestantes, a seu ver, tem muito medo dela. As outras gestantes presentes concordaram com a sugestão da colega e se posicionaram por deixar que o caminhar das discussões do grupo fosse oferecendo a indicação do eixo temático: *"acho importante conhecer nossas partes femininas, saber como ficamos esperando nenê. Quero saber também o que é a dor do parto, porque é meu primeiro filho, mas acho que tenho muitas coisas mais a saber. Quem sabe, no grupo nós vamos dando o que queremos tratar. Agora não sei dizer..."*.

Pelo avançado da hora e pela preocupação de retornarem às suas casas, as gestantes propuseram que o coordenador começasse os encontros do grupo em outro dia que ficou agendado para uma próxima sexta-feira, às 14:30 horas.

Após despedir-se do grupo, reuni-me com os enfermeiros da Unidade de Saúde para avaliar e tomar decisões quanto a esta fase de composição do grupo. Decidimos que seria enviado um aerograma às gestantes que haviam dado seu nome e que não tinham comparecido, bem como, investir-se-ia mais numa divulgação do trabalho pela fixação de cartazes na Unidade de Saúde. Quanto a idéia de fomentar o "marketing", fazendo visitas domiciliares, ficava esta quase inviável, por dificuldades de transporte e de acesso à residência das mulheres gestantes, bem como, por não ter sido este o acordo ao lhes fazer o convite.

Continuei a investir no aspecto de reforçar o "marketing" do trabalho e expandir o grupo em seu quantitativo, solicitando ajuda das gestantes abordadas, da coordenadora dos grupos de gestantes e do médico-obstetra da Unidade Sanitária, neste sentido.

Segundo BURGESS (1985), a divulgação de um trabalho deve ser feita com o emprego de anúncios em jornais, chamadas pelo rádio, afixação de cartazes, num período de duas semanas anterior ao início do grupo, tempo este usualmente necessário para que os participantes em potencial avaliem os prós e contras da proposta e tomem decisão de participarem.

Enfatiza BURGESS (1985) que, o contacto de apresentação anterior ao início do grupo, oportuniza a chance de familiarização com o mesmo e é mais efetivo quando realizado pessoalmente.

A questão do quantitativo grupai preocupou-me bastante a princípio, sobretudo pela possibilidade da impossibilidade de se poder sustentar a proposta por um eixo de formulação pedagógica por troca de experiências e conhecimentos, com heterogeneidade ou multidimensionalidade, com riqueza interativa no **ser com** com vistas ao **ser mais** das mulheres em gestação.

Buscando literatura a respeito da estruturação de grupos x funcionalidade, encontrei em MAILHIOT (1991), algumas idéias que precisavam a questão do quantitativo, ou seja, do tamanho do grupo. Para este autor, os grupos de auto-

ajuda devem possuir um tamanho mínimo. Os grupos de dois, de três e de quatro são dificilmente viáveis e raramente eficientes; nos grupos de dois e quatro, as oposições e os conflitos tendem a tornar-se irredutíveis; nos grupos de três, um dos membros percebe-se com ou sem razão, excluído ou marginalizado dos dois outros. Em geral os grupos ímpares têm mais possibilidades de funcionar que os grupos pares. O número mínimo ótimo seria de cinco a sete membros.

BRAMMER e SHOSTROM (1982), apontam que o número mínimo de elementos para uma interação efetiva é de três a cinco, enquanto que, dez a doze seria o número máximo.

Ao falar de grupos focais, NYAMATHI e SHULLER (1990) sugerem uma composição ideal de sete a dez pessoas, já que, para estes autores, grupos menores de cinco e maiores que doze são desencorajados por limitarem a expressão de experiências e por poder aumentar a divisão seletiva do grupo, arriscando cristalizar as oposições entre os membros.

MILLS (1970) define pequenos grupos como *unidade composta de duas ou mais pessoas que entram em contacto para determinado objetivo e que consideram significativo este contacto*.

Do primeiro encontro, ficaram três pontos básicos que talvez expliquem a falta de mais presenças de mulheres gestantes no grupo: a) o pouco número de contactos que se fez com os grupos, sem oportunidade de reforçar o convite; b) a provável suposição da clientela de que a metodologia do processo grupal fosse a mesma usada pelo espaço institucional; c) disposições e motivações intrínsecas do ser humano.

O encontro grupal seguinte deu-se com sete gestantes, duas das quais, atenderam ao chamamento pelo aerograma que a Unidade enviara.

O grupo era então de nove pessoas.

Desenvolveu-se neste dia, uma oficina de auto-apresentação intitulada "a foto do grupo" e num outro momento, um trabalho de auto-percepção corporal ao som de

um fundo musical. Ao término desta segunda atividade, abriu-se com o grupo o momento de se partilhar o vivido, na intencionalidade de mobilizar os significados de corporeidade circulantes no espaço grupai.

Usando o gravador como instrumento de trabalho, registrou-se, com consentimento do grupo, a linguagem de seus **significados** sobre o experienciado dentro desta atividade, bem como, se procurou observar imagens da comunicação não verbal que conferiam significação ao discurso, ao movimento, ao **ser com** das mulheres gestantes. Temia eu, a princípio, que este instrumento fosse ser inibidor da espontaneidade das mulheres nos espaços à discussão do grupo; todavia, este temor foi infundado, pois quando a discussão se estabeleceu, o aparelho ficou numa situação de um recurso a mais entre os membros do grupo, sendo, algumas vezes, até ignorado.

Ao final do encontro sugeriu-se continuidade da agenda na sexta-feira, mas com horário de início para 15:00 horas, a fim de favorecer a participação de duas gestantes de um município vizinho, ao início dos trabalhos.

Começaria também, a partir daí, o processo de discussão de um nome para o grupo.

Depois do terceiro encontro, o grupo se autodenominou de **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"** e se compunha de oito mulheres, dentre as quais, seis gestantes, a auxiliar de Enfermagem responsável pelos grupos de gestantes da Unidade Sanitária e eu autora do estudo. A escolha pelo nome do grupo foi resultante de um processo de discussão. Algumas gestantes queriam o nome de "Clube de mães", outras acenavam contrárias a este nome, pois podia passar a idéia de que seria um grupo de divertimento e, se assim fosse o grupo dado a conhecer, seus maridos poderiam implicar e impedir suas saídas de casa para as reuniões. Apontaram num outro momento da discussão, para o nome "Mães da Unidade Santa Cândida", nome este que, em eleição, não se estabeleceu, pois, acharam muito simples e feio. Queriam um nome que mostrasse uma espécie de seriedade



com a saúde de seus bebês e com o grupo: *"Podíamos pensar num nome que mostrasse que temos interesse em vir para o grupo e também que mostrasse que queremos saúde que é vida para nossos bebês"*.

Após facilitar a redescoberta da palavra **compromisso** com o grupo, abri o levantamento de opiniões e concepções quanto ao sentido da palavra **saúde**, perseguindo a propriedade da idéia e do valor contidos no contexto da fala da gestante responsável pela colocação supra citada, uma vez que a maioria das mulheres do grupo haviam afirmado verbalmente apoio à mesma.

Aceitando-se a idéia da combinação das palavras *compromisso e vida*, o grupo fez sua formulação final **"COMPROMISSO COM A VIDA"**. Seria este o nome com que caminharíamos qualquer que fosse o número de pessoas que o configurasse.

Na experiência com o **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, se observou que um número de seis a sete pessoas permitia a participação de todas na discussão e favorecia o estabelecimento de uma comunicação mais aberta, mais solidária, mais consumatória, bem como o desenvolvimento de relações mais próximas baseadas na confiança mútua.

Definitivamente o grupo se formou com seis mulheres gestantes e três mulheres não gestantes que optaram pela utilização de nomes de flores como codinomes, para serem identificadas na redação desta dissertação. **"O "GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, que se encontrou por mais de dois meses era assim constituído:

Margarida: 34 anos, multigesta, terceira gravidez, 28 semanas de idade gestacional, duas filhas, hipertensa, do lar, primeiro grau completo, experiência anterior em grupos de educação em saúde de Pré-Natal. Bastante comunicativa e determinada, tornou-se líder no grupo, casada.

- Papoula: 29 anos, multigesta, segunda gravidez, 26 semanas de idade gestacional, uma filha, do lar, primeiro grau incompleto, sem experiência de participação anterior em grupos de gestantes. Comunicativa, bastante assídua ao grupo, residente em outro município, casada.
- Rosa: 28 anos, multigesta, segunda gravidez, 27 semanas de idade gestacional, um filho, primeiro grau completo, comunicativa, participante, tornou-se também líder no grupo, auxiliar de escritório, casada.
- Violeta: 24 anos, multigesta, dois abortos anteriores, nenhum filho vivo, 24 semanas de idade gestacional, primeiro grau incompleto; tímida, sempre ansiosa, freqüentava o grupo sem muita assiduidade por motivo de tutela conjugal, doméstica, casada.
- Jasmim: 27 anos, multigesta, terceira gravidez, 30 semanas de idade gestacional, dois filhos, segundo grau incompleto, pouco comunicativa espontaneamente, participante assídua do grupo, casada.
- Tulipa: 20 anos, primigesta, 30 semanas de idade gestacional, primeiro grau completo, do lar, pouco comunicativa, vinha às reuniões acompanhada por T, sua mãe; mãe solteira.
- Crisântemo: 46 anos, mãe de D, primeiro grau completo, segundo casamento, do lar, bastante comunicativa no grupo, gostava de trazer suas experiências com a maternação.
- Orquídea: 36 anos, mãe de dois filhos, segundo grau completo, casada, responsável pela coordenação dos grupos de gestantes; comunicativa, líder no grupo.
- Girassol: 44 anos, autora da proposta de estudo; solteira, sem filhos.

O **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"** reunia-se semanalmente e o tempo de duração das suas oficinas variava de uma hora e meia a duas, dependendo do nível de elaboração que as discussões exigiam em termos de apreensão, compreensão e abstrações. O vocabulário restrito das mulheres que o compunha, contribuía para a dificuldade de menos abstração, o que talvez se explique pela menor escolaridade do grupo, cujo nível situava-se entre primeiro grau completo e incompleto. Este tempo de duas horas facultava espaço suficiente à interação dialógica x reflexiva x crítica; após este tempo o grupo dava sinais de cansaço e dispersão. Isto me remeteu a sentir a necessidade de se respeitar o tempo de produtividade do grupo. Quando este se esmorecia, encerrava-se o trabalho.

Tornar-se um grupo, foi uma caminhada, onde movimentos de vários fenômenos se enlaçaram em diversos ritmos e formas. Tornar-se grupo requereu competência interpessoal: conhecer o outro e dar-se a conhecer.

Segundo MOSCOVICI (1985), quando uma pessoa começa a participar de um grupo, há uma base interna de diferenças que englobam conhecimentos, informações, opiniões, atitudes, experiência anterior, preconceitos, gostos, crenças, valores, estilo comportamental, o que traduz inevitavelmente diferenças de percepções, opiniões e sentimentos em relação a cada situação compartilhada. Se as diferenças são aceitas, a comunicação flui fácil, em dupla direção, as pessoas ouvem as outras, falam o que pensam e sentem e tem possibilidades de dar e receber retroalimentação.

Na experiência vivida, o início do processo interpessoal foi demorado. As pessoas comunicavam para o Coordenador e não entre si. Faltava ao grupo habilidade de ver por vários ângulos ou aspectos, cada situação. Tal fato levou-me, enquanto coordenadora, muitas vezes, a assumir a situação, a ensinar, reduzindo com isto, a proposta do compartilhar. Esta postura começou a concorrer para que o grupo tendesse a uma relação de dependência: esperavam que eu abrisse as

discussões, que desse o sinal à iniciação das atividades práticas de algumas oficinas, que respondesse às perguntas.

Atentando a esse fenômeno típico de grupo, comecei a trabalhar minha postura a fim de retirar o grupo desse estágio de dependência e imaturidade para um maior nível de maturidade e autonomia. Meu primeiro movimento foi remeter as perguntas que me eram endereçadas à respostas e análises pelo próprio grupo, estimulando as mulheres a pensarem, a expressarem os **significados** que reuniam acerca do que se estava discutindo.

Gradativamente, o grupo foi ganhando confiança, passando a falar mais, sem "aquele ar de alerta" e de "preocupação" quanto ao que estavam falando, rumando à conquista de mais espontaneidade e participação em termos de clima grupal, crescendo, tornando-se mais eficiente, mais coeso, ao nível de interação.

Segundo MOSCOVICI (1985), cada grupo tem seu modo natural, seu próprio curso de desenvolvimento que o Coordenador poderá descobrir e compreender pela observação de grupos naturais, em ambientes naturais, desempenhando atividades reais em circunstâncias reais. Há vários autores que já publicaram estudos sobre fases, estágios e tendências de grupos.

MAILHIOT (1991), aponta que a integração dos pequenos grupos se dá pela passagem do grupo por três fases: a Individualista, onde os participantes querem se afirmar como indivíduos e para isto, exercitam-se na aceitação mútua; uma segunda fase denominada de Identificação, onde rumam à integração mas pela caracterização de sub-grupos e uma fase de Integração, quando, sentindo-se aceitos no grupo, os participantes se solidarizam, tornando-se um grupo coeso.

CASTILHO (1992), usando a taxonomia de Schultz, refere ter o grupo quatro fases no seu processo evolutivo: a fase de Inclusão - onde o grupo busca reconhecimento do terreno, sendo poucos os que se expõem e falam e quando o fazem, é com grande cautela; a fase de Controle - onde o grupo tem imensa dificuldade na comunicação devido à inabilidade e à insensibilidade dos

participantes ao respeito mútuo. Além disso, há grande disputa pela liderança, pelo desejo inconsciente de dominar ou pelo menos, de não se deixar dominar ou ser dominado; fase de Afeição - onde o grupo avançou na sua relação de confiança mútua, tornou-se construtivo, interdependente, sinérgico, afetivo entre si e produtivo; a fase de Separação - fase terminal do grupo por motivo de término da tarefa, ou mudança de seus componentes. Para negar a morte do grupo, tem-se um aparente comportamento de indiferença e desinteresse, ou hostilidade e agressão, ou ainda, a troca de endereços e telefones para contatos.

TAYLOR (1992) afirma que, no início do grupo, a tendência dos participantes é comportarem-se da maneira como o fazem em outros grupos, porém, à medida que o grupo desenvolve características próprias, seus membros passam a comportar-se de modo a integrarem-se a elas. Esta autora sugere também que se contemple as fases para a evolução do comportamento de um grupo. Na primeira, de Pré-Afiliação ou de Conhecimento, os membros comportam-se como estranhos e não têm confiança uns nos outros, traduzindo em seu comportamento um dilema de abordagem - evitamento. A segunda fase, chamada de Conflito Intra-Grupo, caracteriza-se por questões de intimidade e diferenciação, em que o trabalho é atingido, os membros compartilham sentimentos e preocupações e a comunicação entre eles é de bom nível. Finalmente a fase de Conclusão Objetiva, onde os membros integram o que aprenderam.

Na experiência com o **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"** pôde-se verificar algumas das características destas fases no processo a caminho da integração grupal. A princípio, os membros comportavam-se desconfiados; ao falarem, olhavam para o coordenador somente ou o faziam de olhos baixos; eram formais, pouco se expunham, muitas só afirmavam o que a outra dizia. Parecia haver uma verdadeira perda de tempo numa ação; à cada questão endereçada, dava-se respostas concisas ou se tinha medo de falar. Sentimento de que se estava perdendo tempo ou deixando de produzir, era compartilhado por todos. Em outros

momentos, em atividades de subgrupos, verificou-se claramente que, embora estivessem juntos numa atividade de colagem, cada um escolhia suas figuras e separava suas construções, ainda que usassem a mesma folha de papel. Havia uma inabilidade pelo mútuo. Embora buscasse incentivar a expressão concreta do **ser com** dos elementos dos grupos, ainda nas discussões de grupo, verificava-se que as gestantes, quando em círculo, sentavam e confirmavam-se aos pares. Esta disposição aos pares era muitas vezes expressa assim: ficavam juntas gestantes oriundas de uma mesma cidade; outra gestante ficava com sua mãe; a gestante funcionária da Unidade de Saúde se colocava com outra funcionária colega de trabalho, e alguém fazia suas atividades ou se posicionava nas discussões, mais isoladamente. Algumas coalizões momentâneas remetiam dentro do grupo, a disputa por lideranças. Isto se dava por parte de Margarida, Orquídea e Crisântemo. Com o passar do tempo, as pessoas foram se conhecendo e isto possibilitou a autoconfiança, a maior liberdade de expressão, tornando o grupo mais continente em si mesmo. Assim o grupo foi amadurecendo, começando a haver um nível de respeito e de aceitação das pessoas em suas diferenças individuais, dando lugar à confiança mútua. O grupo começou a se afeiçoar de modo que a falta de um elemento levava os demais a ficarem preocupados e a levantarem hipóteses de motivos que justificassem a ausência do mesmo. Como consequência decorrente, além da coesidade grupal, verificou-se que as discussões ficaram mais produtivas; a emergência de **significados** e a possibilidade **re-significação** aumentaram também.

O grupo passou a ter mais expressão de intimidade, de calor humano e de locus de apoio, significando comprometimento, ENCONTRO nos encontros. Isto era dado a perceber em comentários como:

- *"O que aconteceu com você? Sentimos sua falta no encontro passado".*  
(Orquídea)

- *"Concordo com o que você falou. É bem isso o que acontece em nossa cabeça. A gente fica pensando como será o bebê, o parto..."*. (Papoula)

Outras vezes, pude verificar por parte dos elementos do grupo, expressões de engajamento e de reconhecimento do valor do espaço grupal, como:

- *"Gostei do nosso trabalho hoje. Consegui com vocês, tirar minhas dúvidas sobre o lugar onde o bebê fica no corpo da gente"*. (Papoula)
- *"Ah, só faltou ao nosso grupo se não estiver bem de saúde. Na sexta-feira, levanto mais cedo, faço a arrumação da casa e espero a hora de vir para cá"*. (Margarida)

No processo do tornar-se grupo é interessante a percepção dos fluxos e refluxos do coletivo grupal para superar-se a insegurança e a formalidade que limitam a expressão dos componentes. O grupo, ao atingir confiança mútua, cresce para a incondicionalidade com seus elementos; aceita a multidimensionalidade das pessoas; permite uma postura mais relativa para com os valores, as idéias e as crenças que compõem os diferentes saberes e experiências.

Segundo FONSECA (1988, p.140), no grupo, "o indivíduo, ao tender para sua experiência orgânica, reestrutura a imagem do seu **Eu** pelos referenciais externos; potencializa seu comportamento auto-atualizante e assim, avança no seu efetivo interior".

O tornar-se grupo amplia as possibilidades de as pessoas se autoconhecerem e se diversificarem mais nas relações com elas mesmas e com os outros, de vez que as oportunidades de experiência no contexto grupal são ricas e variadas. Com isto, as pessoas podem, na busca do **seu ser** mais, reorganizar a estrutura do **Eu**, dinamizando seus comportamentos. Após o tornar-se grupo, fase de grande produtividade, o grupo começa a caminhar para sua terminalidade.

No "**GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA**" a efetivação de sua terminalidade começou a ser presenciada à medida que as gestantes iam tendo seus filhos e deixando de comparecerem às oficinas. Foi uma fase que aconteceu de forma sofrida pelo grupo, com manifestações de pesar pelas ausências que se verificavam, mas de alegria pelo que conseguiram descobrir, aprender, compartilhar e re-significar.

## 6.2. A CONSTRUÇÃO DO ENCONTRO PELOS ENCONTROS...

Configurada a possibilidade de afirmação do "**GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA**", visto que o mesmo contava com um conjunto de oito pessoas numa situação definida por dois referentes claros: a) um objetivo comum: a construção de **significados** acerca do cotidiano da mulher em gestação e b) um grau de interação: pelo conhecimento gradativo das pessoas entre si, começou-se a pensar a construção de seus **ENCONTROS**.

Este pensar trouxe-me, inicialmente, a necessidade do entendimento conceitual da palavra **ENCONTRO**, além da busca de uma análise acerca de alguns elementos que condicionam os efeitos dos **encontros** na construção da identidade de um grupo. Estes elementos compreendiam: a interação grupal, a comunicação, a multidimensionalidade dos significados, a construção dos saberes e experiências vivenciais, a possibilidade da transcendência, que na dinâmica grupal têm movimentos e formas diversas.

Na proposta deste trabalho assumida com o "**GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA**", o sentido da palavra **ENCONTRO** esteve compreendido pelo **ser com** significando e/ou re-significando vivências e questões do cotidiano da mulher em gestação, na intenção de que cada integrante se re-descobrisse como sujeito



instaurador de seu cotidiano, como sujeito histórico do seu movimento ao **ser mais**. **ENCONTRO** foi assim, tradução de instância de possibilidades ao conquistar-se, fazer-se mais a si mesmo e conquistar o mundo de FREIRE (1993), dentro de um processo de Educação em Saúde que pretende encetar mais densidade subjetiva à tessitura dos requerimentos e relevâncias de vida e saúde do cotidiano da mulher em gestação, como foi expresso por uma gestante do grupo: *"A razão de eu vir aqui no nosso grupo, toda sexta-feira, é aprender mais, para viver melhor a minha gravidez. Aqui é como uma escola de amigos que se ensinam, se aceitam"*. (Margarida)

Para ALMEIDA (1988, p.41), a palavra **ENCONTRO** designa justamente esta condição de *"estar aberto ao outro, doando-lhe significado, confirmando-o na sua existência"*. Esta confirmação passa pelo sentido de cada pessoa mostrar-se na sua autenticidade e multidimensionalidade e poder sentir e aceitar a autenticidade e a multidimensionalidade do outro, diversas das suas.

No **ENCONTRO** ainda, segundo ALMEIDA (1988), o homem vê nascer seu dinamismo intrínseco, sua motivação; surpreende-se ao perceber sua própria busca indagativa; descobre forças que lhe impõem arranjos e desarranjos à sua memória e que o levam à busca de novos andares para o conhecimento das vivências.

Acreditando que os homens se educam dentro das relações que estabelecem com outros homens e com o mundo, pelo corpo a corpo com as situações de vida, e que expressam o resultado desta interação por linguagens, imagens, valores, idéias, crenças, no trabalho motivei-me a representar o corpo de fala do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, o saber e a experiência que cada mulher gestante do grupo tinha adquirido na sua história de cotidiano.

Cada mulher era o centro das histórias que se contava no **Aqui** de cada encontro, com a perspectiva delas serem recontadas mais significativamente no **Depois**, em conjunturas diversas ou em momentos históricos diferentes. Assim, tomando a relação dialógica sob diferentes formas e os contextos da realidade

concreta das mulheres gestantes do grupo, percorreu-se um programa de oficinas temáticas construindo os **encontros**. Desejos, necessidades de partidas mais críticas, convergências do grupo, trouxeram vetores para um programa temático que se apontou para abordagens sobre:

- a) o que é ser mulher em gestação;
- b) como ficamos gestantes;
- c) cuidando do nosso corpo de gestante;
- d) vivendo nossa sexualidade na gestação;
- e) a gestação e nossas relações familiares;
- f) a dor do parto e o parto;
- g) respirando para respirar no parto.

Foi por esta realidade deste universo temático que se inaugurou, desenvolveu e constituiu o diálogo educativo. Este temas desenharam-se gradativamente na construção dos **ENCONTROS** com o grupo, vindos de indicações do próprio grupo: temas **b, c, f, g**; de necessidades de aprofundamento de recortes emergentes da discussão dos temas anteriores: **d, e**, e de minhas sugestões como o tema **a** para desencadear o processo grupal. Tais temas implicavam questões, fatos, situações-limites da existência dos membros do grupo a quem direta ou indiretamente serviam como suporte histórico, construído de concepções, esperanças, dúvidas, valores, desafios ao **ser mais**, buscando plenitudes para o cotidiano da mulher em gestação. Por outro lado, é importante enfatizar que tais temas abarcavam um continente de representações advindas das relações das gestantes com o mundo. No trabalho dialógico x reflexivo, eles expressavam o pensar destas mulheres quanto à realidade e o seu atuar sobre ela.

Para FREIRE (1991), os temas, em verdade, existem nos homens, em suas relações com o mundo, referidos a fatos concretos. É através dos homens que se

expressa a temática significativa a qual, ao expressar-se, num certo momento, pode já não ser exatamente o que antes era, mudando-se a percepção dos dados objetivos e conseqüentemente, a eleição do grupo para atuar. Considerando a possibilidade real deste fato, ao finalizar um **encontro**, buscava-se confirmar a direção dos interesses do grupo sobre o tema do **encontro** seguinte, colocando-se o mesmo numa situação de votação, para que as mulheres gestantes acenassem sua consentaneidade de aspirações.

KLIKSBERG (1993) afirma que a investigação dos temas pela negociação da dinâmica é parte fundamental da gerência de um grupo. É ela parte integrante da dinâmica das organizações e sua prática permanente ajuda a construir uma visão da realidade organizacional, compartilhada por seus diferentes atores organizacionais.

Outra característica perseguida nos **ENCONTROS** foi garantir que eles assegurassem um clima grupal interativo, de comunicação humana autêntica e de transcendência, dado a riqueza vivencial que emergia pela relação dos integrantes do grupo.

Para assegurar aos **ENCONTROS** este clima inter-humano em seus movimentos de expressão e percepção, procurei construí-los dentro de uma metodologia relacional que estimulasse o dialógico, o reflexivo, a disposição e a disponibilidade ao outro, o afastamento de atitudes aprioristas, a integração afetiva e cultural no processo das oficinas de trabalho.

### 6.3. O DIALÓGICO NO INTERATIVO DOS ENCONTROS

Os encontros com o **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, tiveram características de interação de diversas densidades, marcadas sobretudo pela multidimensionalidade das experiências e saberes das mulheres deste grupo quanto ao cotidiano do ser mulher em gestação e quanto à cultura da gestação. No conjunto dos processos de comunicação, pela dinâmica das relações estabelecidas entre as mulheres-gestantes, foi possível ao grupo dividir e compartilhar **significados** no sentido de fazer novas apropriações de si mesmo e de seu cotidiano.

MOSCOVICI (1985, p. 87) afirma que "o simples fato de estar em presença do outro, modifica o contexto perceptivo de cada um, promovendo interação que é afinal, comunicação com mensagens emitidas e recebidas de cada participante da situação conjunta".

GEORGE (1993, p. 245), citando PATERSON e ZDERAD, definiu que o relacionar-se refere "ao processo de desempenhar um com o outro"; isso significa estar com o outro.

Para BUBER (1981), a relação com o Outro pode dar-se, tendo-o como Sujeito ou como Objeto, o que determinaria, na vida humana, os encontros "EU - TU" e "EU - ISSO". A relação "EU - TU" ocorre quando duas pessoas acham-se abertas reciprocamente, numa atitude de genuíno interesse uma pela outra. Isso significa se reconhecer em cada uma, sua alteridade, ou seja, sua singularidade.

A partir destas considerações, o **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"** teve um interativo bastante interessante, quer pelo discurso, quer pelo inerentemente relacional.

Pela esfera do discurso, o interativo do grupo teve cores, movimentos e contornos diferentes, conforme o contexto dos temas de trabalho. Quando este

atravessava por situações do cotidiano, identificatórias do papel e do lugar de mulher nas relações com a Família, as Instituições Sociais, a Sociedade, o diálogo fluía, as argumentações firmavam o suporte das palavras, a exemplificação e a analogia assumiam formas nítidas e as considerações enriqueciam as discussões. Este comportamento de "emissor" era notado mais nas mulheres-multigestas do grupo, enquanto que a primigesta permanecia mais em silêncio ou se falava, o fazia com reticência e circunspeção, em virtude da pouca experiência em alguns assuntos. Nas ocasiões em que se discutiu assuntos referentes aos papéis, à sexualidade, às relações familiares da mulher, o grupo mostrou-se mais ativo, mais questionador, mais comunicativo, mais engajado nas "falas", o que se pode explicar pelo cunho de interdições, preconceitos, conflitos, imagens, contradições básicas que se trazia no bojo do imaginário feminino.

Observou-se que, quando o foco das discussões se referia ao auto-cuidado, ao auto-posicionamento e à determinação face ao cotidiano, parecia que a participação escapava, o silêncio ocupava espaço, a atenção ficava intermitente, a postura corporal mostrava vulnerabilidade e um estado de alienação se denotava. Era a história pelo seu a-histórico.

MAILHIOT (1991) acredita que, excepcionalmente, o receptor pode conhecer estados de alienação quando invadido por uma forte angústia. Torna-se então, incapaz de perceber as mensagens que lhe são dirigidas, de tal modo que, não apenas não compreende como não escuta mais.

Em muitos dos encontros em estudo, percebia-se que as mulheres gestantes tinham como informações de abordagem do seu biológico, uma apropriação de significados aparente, superficial que não construía mudanças nos seus agires para consigo mesmas. O conhecido não dava aderência de sentido prático. Demarcava-se nestes momentos a necessidade de **re-significar**, voltar às coisas originais pelas suas imagens e representações, a fim de assegurar ao grupo condições de reapropriações em termos de idéias, imagens, linguagem e ações. Muitas vezes,

para abrir e gerar mais discurso no discurso, antes de buscar apreender o tema pela sua riqueza em sua significação e pluralidade, em seu devenir, foi preciso constata-lo na sua objetividade primeiro, para depois tentar sua captação.

Algumas oficinas de trabalho, como as que trabalharam questões de relacionamento com a família e com as instituições de atendimento ao parto, deixaram o grupo mais ansioso em sua fala, querendo orientações, quanto a situações que envolviam direitos e relações de poder no cotidiano. Estes momentos foram bastantes difíceis para mim, pois tive que conter o impulso de falar e dar a indicação pronta para promover trocas entre os membros, sensibilizando-os para certas percepções quanto a fatores e determinantes das situações de sua realidade. Para assegurar riqueza e diversidade, conduzindo o próprio grupo a gestar e apontar alternativas de soluções para suas questões, precisei, muitas vezes, provocá-lo, criando obstáculos à sua tendência para a uniformidade e para a conformidade, atitude que visava torná-lo mais consciente e mais seguro para insistir contra as resistências e buscar o seu **ser mais** para os enfrentamentos necessários no cotidiano.

Respeitando-se os silêncios, o ritmo, as falas por seus saberes e experiências, os recursos e processos criadores de comunicação do grupo, o princípio dialógico aí foi se afirmando como uma abertura das pessoas para a experiência do pensar, pela análise, pelo aprofundamento, pela descoberta dos significados, passando de uma percepção ingênua a uma consciência mais crítica quanto a si próprias e ao mundo.

É importante lembrar que, na sua posição singular enquanto homem significador dentro do grupo, o enfermeiro experiencia de modo muito particular, todas as dimensões, fluxos e refluxos objetivadores e objetivados do processo grupal, contribuindo para a sua interação, enriquecendo esta atividade pelo resgate e afirmação dos conteúdos vivenciais. Sem ele, o diálogo poderia não ser

transformador e sim mantenedor de consciência aquém-limite, que não apresenta ou elabora o mundo para um ultrapassar de momentos e situações.

*No interativo Enfermeiro x Usuários dos Serviços de Saúde, o mundo pode ser apreendido, compreendido e alterado pelos seus significados, possibilitando novas apropriações do homem sobre ele mesmo e sobre seu cotidiano.*

Pela participação intersubjetiva que se dá pela aceitação, interesse e vínculo com o "outro", o enfermeiro busca validar ou estruturar **significados**, fazendo-o pelo esclarecimento, pela facilitação das condições ao "des-velar" para re-organizar o vivencial. Assim, ao partilhar na relação com o grupo de mulheres-gestantes, pensamentos, sentimentos, idéias, valores, ele modifica significados de situações, facilitando condições à co-criação de atitudes e representações acerca da gestação, pela compreensão da própria natureza humana.

Se se considerar o enfermeiro com o grupo, como o homem com os homens, verificar-se-á uma dualidade dinâmica aí - um que dá e outro que recebe, completando-se numa contribuição recíproca.

Neste estado, BUBER (1981) reconhece que o homem é um ser em diálogo, cujo "estar-dois-em recíproca presença", se realiza e se reconhece cada vez que se dá o ENCONTRO de um com o outro. Nesta relação que é dialógica, o outro não é apenas o objeto de seu interesse, mas se torna realmente um "TU", com o qual se encontra em verdadeira troca interior, em um diálogo pessoal.

Para BUBER (1981), o homem só se torna verdadeiramente homem numa tal situação como o "TU".

O homem é assim compreendido como relação onde o dialógico se dá.

O dialógico se refere segundo HYCNER (1995) ao fato de que as pessoas se tornam e são seres humanos porque estão em relação com outros seres humanos e têm a capacidade e o desejo de estabelecer relacionamentos significativos com os "outros", ao mesmo tempo respeitando a singularidade do outro e a sua. Em essência, isto afirma que a existência está entrelaçada com a do "outro". O diálogo



é assim, uma experiência que ocorre na esfera entre uma pessoa e outra, contando que ambas estejam abertas a isso, o que implica em disposição, aceitação e confirmação do "outro".

Nesse dialógico há mais diálogo genuíno, que, para BUBER apud HYCNER (1991) é aquele em que os participantes se voltam para eles com a intenção de estabelecer uma relação mútua e viva entre si, diferindo do diálogo técnico, provocado exclusivamente pela necessidade do entendimento objetivo. Este diálogo, segundo BUBER, não está errado desde que não seja a única forma de interação de uma pessoa com a "outra". Na minha percepção, pode estar aqui a diferença do diálogo que só instrui e informa e o diálogo que educa e conduz ao **ser mais**; dos encontros; "EU-TU" e "EU-ISSO", do instrutor e do educador de grupo. O trabalho com o **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, pautou-se numa linha de intenção de uso do diálogo técnico como meio para se atingir o diálogo genuíno como fim e objetivo da proposta do **re-significar** do cotidiano das mulheres em gestação.

Falando mais pelo sentido do diálogo genuíno dos encontros no **ENCONTRO** do grupo, objeto deste trabalho, duas condições do relacional se evidenciaram bastante fortes no clima grupal: a transparência e a aceitação incondicional do outro, o que deu ao grupo no seu vir a crescer e vir a tornar-se, a característica de coesão e solidariedade. No interativo, as mulheres do grupo traziam questões da sua intimidade, deixando-se livres para nelas serem penetradas, num movimento de despojar-se de mitos, estereótipos, preconceitos, atitudes obstinadas, defesas e medos. Assim, evidenciaram-se discursos como:

- *"Não consigo sentir prazer na relação sexual com meu marido por causa do meu medo de machucar o bebê. Fico nervosa, tenho dor e brigo que não quero". (Rosa/oficina: Vivendo nossa sexualidade na Gestação).*

- *"Eu não entendo por que meu marido fica emburrado sempre que entra em casa. Eu queria saber o motivo, mas ele não fala. Fica bravo quando pergunto e um dia destes até chutou minha barriga. Chorei e fui falar com o padre..." (Violeta/Oficina: A Gestação e as nossas relações familiares).*

A respeito desta condição do ser no estar sendo, MAILHIOT (1991, p. 191), lembra que *"a transparência para o outro, torna possível da parte da pessoa, a empatia"*. Quando os participantes de um grupo tornam-se transparentes uns para os outros, é possível alcançar um grau de autenticidade e então adquirir a empatia de uns pelos outros. A empatia facilita e favorece a objetivação do "outro" quanto às suas idéias, imagens e linguagens, no clima relacional.

As mulheres do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"** eram bastante empáticas entre si, sobretudo quando a questão de convergência dos temas pelos seus assuntos, permitiam-lhes objetivar-se em relação às próprias imagens cognitivas/afetivas de seu cotidiano. Com a convivência, senti em algumas mulheres do grupo, um crescimento no sentido de objetivar-se em relação às imagens de si (auto-empatia) e até mesmo uma aptidão ao objetivar-se com respeito às imagens do grupo (alo-empatia): *"... Tulipa diz que se sente às vezes fora do grupo, porque não entende o que contamos sobre a dor do parto. Ela diz que nunca sentiu o mesmo que nós..." (Margarida/Oficina: A Dor no Parto).*

No processo de aprendizagem relacional, o grupo caminhando pela atitude de transparência e empatia, foi se tornando mais capaz de aceitar o "outro" incondicionalmente; aceitava-se **Margarida** com sua garra de mulher combativa, que incitava o grupo aos enfrentamentos, à participação; aceitava-se **Papoula** com sua característica de mulher/lar; aceitava-se **Rosa** com sua preocupação estética pelo corpo; aceitava-se **Jasmim** com sua alegria pela maternação; aceitava-se **Orquídea** pela sua maturidade multidimensional de mulher e mãe; aceitava-se

**Violeta** pela sua ansiedade e medo de perder o bebê; aceitavam-me como mulher compartilhadora de seus cotidianos nos movimentos com o grupo, em busca do seu **ser mais**.

O reconhecimento existencial do outro inicia-se com validação da sua singularidade que se faz pela possibilidade do homem enquanto ser aberto, interativo, ser capaz de vivenciar os vários níveis da existência, construindo um referencial diversificado de crenças, valores, idéias, sentimentos, com os quais, organiza o seu cotidiano em termos de linguagem, imagem, padrões e comportamentos de vida e saúde.

Para BUBER (1981), toda relação existencial verdadeira entre duas pessoas começa com a aceitação. A aceitação é o prelúdio para a confirmação do outro e para sua inclusão no grupo.

MAILHIOT (1991, p. 115) afirma que essa aceitação do outro consiste *"em aceitar que cada ser humano seja único em suas aspirações para a atualização de si e em sua capacidade de superação, aceitando-se que cada ser humano possua ritmos próprios e seus modos próprios de superar-se e se realizar"*. Esta condição relacional permite reconhecer positivamente também, que as pessoas independente de cor, raça, credos, gênero, classe social, têm em si possibilidades de crescimento para alcançar a plena maturidade do seu ser, num processo do **ser mais** pelas suas singularidades na pluralidade grupal.

Esta dimensão de aceitação do "outro", permite ao enfermeiro e à gestante, na condição de seres relacionais, buscarem congruência entre o cuidado e saber profissional e o cuidado e saber popular, dinamizando procuras, relativizando descobertas, ampliando referências de **significados**, compondo novos saberes.

Dando-se vez à expressão do saber popular, cria-se oportunidade para problematizá-lo, introduzindo elementos até então não considerados, que despertam a reflexão, possibilitando a transformação daquela percepção inicial e, conseqüentemente, da forma de atuar. O ingrediente novo, traduzido aqui, é a

"valorização do pensar que, tendo como ponto de partida a compreensão mágica da realidade, dá início à construção crescentemente crítica desta mesma realidade" (FREIRE, 1991, p.70). É o diálogo entre seres humanos com histórias e saberes diferentes, entre o saber popular e o científico mediatizados pelo ensinar e pelo aprender.

#### **6.4. A COMUNICAÇÃO PELOS SINAIS E ACENOS, NO RELACIONAL DOS ENCONTROS.**

Ensinar e aprender no grupo de que trata este trabalho, tinha significado de compartilhar elementos de representações, experiências e modos de vida, que na expressão da linguagem do grupo refletia a estrutura de consciência de realidade que as mulheres tinham de suas relações com o mundo.

As oficinas eram sempre precedidas por alguns minutos de conversa sobre os acontecimentos da semana e as novidades de cada uma no sentido de garantir a afirmação dos seus espaços psicológicos. Aí, o falar era coadjuvado por sons, palavras, gestos, movimentos e mímicas que revelavam atitudes de concordância ou discordâncias, emoções, risos e toques. A este momento de aquecimento inicial do grupo, seguia-se um silêncio, no qual, as gestantes passavam as mãos pelo rosto ou cabelos, cruzavam os braços, dirigindo o olhar para o coordenador, esperando que ele desse o sinal de início às atividades do trabalho grupal. Antes de iniciar o encontro, procurava eu resgatar dados e imagens do encontro anterior para serem avaliados ou para introduzir a discussão do dia. Assim, tinha-se memória do trabalho anterior, do desenvolvimento da ação dialógica precedente. A participação dos integrantes do grupo nesta covalidação era ativa e motivadora, expressando certa vaidade nesta colaboração, sobretudo ao sentirem que suas falas haviam sido tomadas em consideração. Perguntavam-me sempre se estavam sendo úteis para a

construção do trabalho, ao mesmo tempo que reforçavam que iriam colaborar mais com seus saberes e experiências. Reafirmando interesses e consentimentos pelo tema, eu propunha, através de perguntas, como e por onde elas queriam abrir o trabalho. Muitas vezes, iniciavam-se nele trazendo fatos, situações de seu cotidiano; outras vezes endereçavam perguntas, as quais, eu as remetia ao grupo para objetivar, analisar, no sentido de abrir as possibilidades de significados e fomentar a discussão, partindo esta pelo grupo.

A discussão tinha seu curso pautado pelo suporte da vivência de cada membro e assim se estabelecia pela dimensão da intersubjetividade dos mesmos, num compartilhar de experiências e saberes, ordenando expressões e percepções de comportamentos sociais, ideológicos.

O conteúdo das falas trazia em seu bojo, no início das oficinas, uma certa expressão de consciência ingênua acerca do que realmente era significativo em termos de causas, determinantes e fatores de situações pelas concepções. Isto levava a vazios e desvios na comunicação. Para se evitar que o grupo ficasse residindo nestes, foi preciso apelar para a prática de uma metodologia mais crítica, que permitisse alcançar uma consciência crítica, mais instruída das pessoas por elas mesmas e por seu mundo, respeitando-se porém o grupo nos limites de sua reflexão/diálogo. Algumas vezes, permiti que desvios no curso do diálogo se instalassem, buscando perceber onde os mesmos ofereciam oportunidades para se resgatar e retornar à questão central da discussão; outras vezes, eles, os desvios, permitiam ver valores, crenças, sentimentos, costumes, hábitos, idéias do grupo na sua forma de ver, pensar, sentir, agir com o mundo e no mundo. Destas situações, concluí que era preciso, todavia, evitar que o diálogo se tornasse estratégia desfavorável à dinamização do aprofundamento da consciência, ou que ele caminhasse para o narrativo, para o bancário, para o superficial ou palavrório, para a conversa estéril com perda de tempo.

O palavrório num grupo, não é diálogo, pode ser muitas vezes a manifestação de um estado de consciência inconsciente que, segundo BENICÁ (19..), nada mais é do que a consciência das intenções do mundo, ainda não interligados pelos homens, para se transformarem em sua consciência.

As mulheres do "**GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA**", no seu processo de comunicação, usavam mais da linguagem verbal, porém, muitas vezes significavam sua presença na relação, por posturas corporais que comunicavam disponibilidade, abertura, interesse e negação. Geralmente quando acenavam disponibilidade, saíam das cadeiras, iam para o tapete, deitavam-se nele ou mesmo nas cadeiras ajeitavam o corpo de maneira intuitiva, confortável. A pouca disponibilidade se mostrava pela posição de lateralidade física junto ao outro, voltando apenas a cabeça para quem estava falando. Quando não se sentiam "apropriadas" ou "seguras" na atividade de discussão, evitavam o contato visual, abaixavam a cabeça, falavam baixo, mas quando parecia estarem acompanhando com interesse, acenavam assentimento com a cabeça, dando a sensação de atenção integral na comunicação.

O tocar foi uma forma de comunicação que no grupo começou a se dar quando sua fase de afeição consolidou-se. Este se colocava pelo ficar próximo do "outro", segurando-lhe a mão, ou envolvendo-lhe o ombro, especialmente usado nos momentos de angústias das falas das mulheres pelas suas experiências sentimentais com e no mundo. Essa forma de comunicação não verbal, segundo STEFANELLI (1993, p. 37), "*só pode ser examinada no contexto em que ocorre*".

Como nenhuma postura é destituída de **significado**, após cerca de uma hora de discussão ou de outra atividade, o grupo começava a sinalizar necessidade de pausa movendo o tronco para os lados, bocejando ou até levantando e se espreguiçando.

Era acenado o momento de término do trabalho para síntese do diálogo e a seguir para o encontro no lanche. Nesta síntese, procurava-se pontos fundamentais

à construção de uma mensagem significativa do encontro, à qual, o grupo foi aos poucos, com o passar das oficinas de trabalho, colando as suas também. Em outras ocasiões, mais da fase de integração e maturidade grupal, sintetizar o diálogo das oficinas foi tarefa compartilhada. Sínteses parciais, usando mais o verbal, eram feitas no sentido de ir construindo, de forma organizada, o que se havia discutido; sínteses finais, usando muitas vezes, no tapete do chão, a construção de painéis ilustrativos ou a confecção de cartazes, além do resumo verbal foram feitas para se fornecer ao grupo a visualização dos **significados** construídos e das **re-significações** elaboradas.

Nestas sínteses, mantinha eu atenção para as reações não verbais do grupo, a fim de validar a compreensão do encontro, de identificar as vias de acesso ao outro, aceitá-las e nelas me engajar, para perceber os momentos de receptividade e neles ampliar o espaço ao intercâmbio recíproco e simultâneo do grupo.

Do vivido com o **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, ficou claro que a linguagem não é só aquilo que contém o que a pessoa diz com palavras, mas o conteúdo do que se revela no contexto da situação grupal, pelo tema gerador. É também o que emerge do momento rítmico do silêncio, da escolha de palavras, da sintaxe, da entonação, da expressão facial, dos gestos, da postura. Todas estas formas de expressão para o comunicar são significativas para se estruturar **significados** multidimensionalmente. Por multidimensionalidade entende-se aqui neste estudo, os diversos sentidos que uma realidade pode ter para o sujeito ou para os sujeitos em relação pela comunicação.

*Para cada pessoa, um infinito número de universos existe simultaneamente. A realidade é uma resultante dos muitos universos tornados concretos através da escolha das pessoas. No inter-relacionamento homem-meio ambiente, o homem escolhe dentro das múltiplas opções e com as escolhas feitas, constrói uma visão de realidade pessoa. Essa realidade pessoal traduz tudo aquilo que a pessoa é, tem sido e se tornará. (PARSE, 1981, p. 42).*



Para esta teórica, a expressão lingüística é a intenção de desvendar a própria coisa e ir-se além daquilo que é dito pela fala e pelo movimento no que é posto a significar. A significação está relacionada à escolha do conteúdo e estrutura das sentenças tanto quanto à escolha dos gestos, entonações, expressões faciais e silêncio.

Assim, pode-se inferir que, os temas emergem do intercâmbio entre os indivíduos. O intercâmbio desembrulha projetos pessoais e torna concretas imagens ou representações da realidade valorizada. Os **significados** que aparecem num dado intercâmbio, emergem da intenção e da história dos indivíduos. No seu conjunto, os **significados** veiculados pela linguagem dão a visão de mundo das pessoas, compreendida como uma síntese de miríades de experiências traduzidas por valores e padrões.

#### 6.5. A NEGUENTROPIA PELA MULTIDIMENSIONALIDADE NOS ENCONTROS

No processo interativo, a percepção, a comunicação das mulheres-gestantes entre si, pronunciando o mundo pelas relações com ele estabelecidas, possibilitava o exercício do **ser com** de cada uma, a efetivação do processo de envolvimento em direção a uma maior complexidade - a neguentropia.

Segundo PARSE (1981), "o homem está continuamente trocando com o meio ambiente, desenvolvendo para si uma ordem mais alta de organização, em direção a maiores diversidades e complexidades".

O homem, pelas trocas efetuadas com o ambiente, acaba desenvolvendo para si uma ordem mais alta de organização, com a qual, se desempenha no seu cotidiano. Na multidimensionalidade da experiência humana e da coexistência das possibilidades e das potencialidades dos homens, eles criam padrões, imagens, valores, buscando movimentos em direção a maiores diversidades e complexidades. Estas, geralmente aumentam as características de ação do homem, fazendo com que seus momentos de relações humanas sejam diferentes dos anteriores. (PARSE, 1981).

A interação mútua, contínua e simultânea do homem com o ambiente dá-lhe espaço para vivenciar a vida em seus múltiplos níveis.

Essa multidimensionalidade que se faz pelo processo de interação permite a cada um co-criar o seu "EU". Na co-criação do "EU", o homem, pela intersubjetividade, pode transcender os possíveis e desdobrar-se neguentropicamente, atingindo o seu **ser mais**. A palavra "*possíveis*" é aqui entendida como condições, possibilidades da corrente de vivências do homem, e o "desdobramento negentrópico", como aquela complexidade necessária ao homem para superar-se nas relações com o ambiente.

A saúde é processo emergente da relação do homem com outros, oriunda de um certo nível de complexidade, compreendida pela apropriação de valores, encontrados disponíveis em experiências multidimensionais.

Ela é padrão que o homem cria com o mundo, pela troca de saberes e experiências que reúnem **significados**, que favorecem outras possibilidades para o homem agir em direção ao seu corpo e ao ambiente, priorizando valores que concorram à criação de melhores condições para os enfrentamentos, os direitos, as relações e a vivência corporal.

A neguentropia na saúde pode ser considerada como o desenvolvimento do homem ao atingir a complexidade necessária ao seu transcender com e nos possíveis do cotidiano.

Cabe ao enfermeiro captar a multidimensionalidade que está em cada um e colocá-la no grupo, a favor do transcender das pessoas, buscando aprimorar o homem para seu auto-desenvolvimento para buscar mais qualidade para si e sua vida. Para se ter qualidade de vida é preciso uma visão mais holística de mundo, uma visão não fragmentada do real, em que razão, sensação, sentimento e instituição se equilibrem, se reforcem, se controlem reciprocamente, permitindo ao homem uma plena consciência a cada momento, de todos os fatores envolvidos em cada situação ou evento de sua existência, afirma WEIL (1991). Daí a importância da discussão dos **significados** que estão contidos na visão global do indivíduo para possibilitar o seu desdobramento neguentrópico. Esta atividade permite a reconstrução do real contexto de fatos pelos seus **significados**, com uma compreensão da inter-relação homem-ambiente, que é especificamente relacionada à herança cultural e ao homem ecológico.

A compreensão do significado da dor do parto pelas mulheres gestantes, possibilita-lhes mais capacidade de enfrentamento pela superação de alguns valores, conceitos, sentimentos no que concerne ao entendimento cultural deste fato: *"Ah, a dor do parto que minha mãe teve não será a que eu vou ter. A minha dor será só minha". (Tulipa/Oficina: A dor no parto e o parto)*. É como se a transcendência pelo intercâmbio humano no grupal pudesse ser assim expressada: *"Passada a discussão, no descenso da reflexão, produz-se novos insights, reorientam-se as imagens internas, repadroniza-se o cotidiano, re-significa-se o Homem". (SAID, 1995)*.

Para PARSE (1981, p. 43), "o homem por natureza é um ser questionador. Tudo o que ele imagina é uma resposta a uma pergunta e a pergunta é ela mesma a pesquisa para a certeza. Nesta pesquisa para a certeza, o homem mostra sua aspiração de direção do que ainda não é e atinge assim a hominização".

Para FREIRE (1993, p. 14), "a hominização não é adaptação: o homem não se naturaliza e humaniza o mundo. A hominização não é só processo biológico, mas também história."

Fazer a história, exige do homem o co-transcender que é atingir o seu **ser mais**, ou seja "capacitar a origem em direção à transformação", pela concepção de PARSE (1981, p. 56).

Cada encontro é assim, um trabalho dos homens para a busca daquilo que ainda não o são; cada encontro do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"** foi assim um trabalho ao transcender das mulheres gestantes em seus papéis e em suas relações com a cultura, as pessoas, a saúde, a vida, como diz Margarida: *"Chegamos ao final do nosso grupo. É uma pena. Aqui encontrei apoio e aprendi a me cuidar melhor, a perceber que minha gravidez não estava indo bem e exigir do médico que tomasse um jeito, pois eu estava com crise de pressão alta de novo. O caso era adiantar o parto"*.

No inter-relacionamento homem-ambiente/homem com outros homens, a pessoa está aberta para a descoberta e o fenômeno está aberto para ser descoberto. Neste processo de integração de descobertas, pelo **significar** ou **re-significar**, a pessoa rumo à transformação, à mudança da mudança, num movimento de duplo sentido: mudar para re-significar, re-significar para mudar.

#### 6.6. O "SER COM" DO ENFERMEIRO COMO HOMEM SIGNIFICADOR

A prática assistencial de Enfermagem, a meu entender, é um complexo interacional que se dá entre o enfermeiro e os homens-usuários dos serviços de saúde, em função das relações sociais estabelecidas entre ambos, na produção do **encontro**.

Considerando este **encontro** sob sua dimensão educativa, tem ele se posto como uma relação histórica, com vistas a uma intencionalidade, dando sentido aos projetos do "vir-a-ser" que emergem no relacionamento homem-mundo/homem-homem. Esta intencionalidade, significa que sendo ser humano o homem está aberto, conhece, está presente no mundo e assim, constrói sua história. Por esta concepção pode-se dizer que a prática assistencial tem cenarizado a história das relações do enfermeiro com as pessoas, pelos significados que ela tem desprendido na sua coexistência. É nesta coexistência que o enfermeiro dá a conhecer o seu **ser com** pela compreensão de suas diversas realizações concretas e pela ação de percepção destas pelos outros.

Referendando a respeito, o existencialismo e a fenomenologia esclarecem que sem os outros, não saberíamos o que somos. Existir, portanto, é coexistir como possibilidade de transcender o próprio eu, para **ser mais** do que ele é, num determinado ponto do espaço-tempo.

Quando do início do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, ao se apresentar e se discutir a proposta de trabalho, falei para as mulheres-gestantes sobre minha profissão, esclarecendo os motivos que me estavam levando a desenvolver meu trabalho dentro da intencionalidade que estava sendo proposto, enfatizando meu desejo de realizar educação em saúde, baseada no diálogo compartilhador de saberes e vivências. Ao lhes perguntar, todavia, como viam o enfermeiro no trabalho, delas emergiram imagens interessantes, reveladoras do contexto do **ser com** deste profissional, pelas seguintes linguagens:

- *"Pra mim, o enfermeiro é aquela pessoa que está com a gente, medindo, pesando, vendo a pressão. Às vezes, ele também explica o que o médico diz...". (Papoula)*

- *"Eu conheci uma enfermeira lá em Ribeirão Preto que nos ensinava sobre como se fica grávida, como se cuida do peito para amamentar, como se alimentar e como cuidar do corpo na gravidez. Ela até vacinava a gente contra Tétano". (Margarida)*
- *"Na hora que vou ter bebê eu vejo o enfermeiro, vendo a pressão, pondo a mão na minha barriga e olhando para o relógio, ensinando como eu devo respirar para ajudar o bebê a sair". (Jasmin)*

Estas falas do grupo, mostram a estreita relação do **ser com**, do enfermeiro como alguém que cuida, num conjunto de ações mais caracterizadas pelo "manual" historicamente atribuído à Enfermagem, relevando o ato do fazer em detrimento ao do pensar, ou de fazer as pessoas pensarem. Timidamente, ou até mesmo sublinharmente, vemos uma percepção do **ser com** do enfermeiro como homem que favorece a construção de **significados** junto ao indivíduo, família ou grupos.

Somente quem já pertenceu a grupos de educação em saúde, pelos serviços institucionais, coordenados por enfermeiros é que pode referir este profissional como um homem educador, que esclarece, que constrói consciências: *"Eu acho que a enfermeira é também como uma professora que ensina, que mostra, que quer saúde para a gente. Você não imagina quanta coisa aprendi com aquela enfermeira de Ribeirão Preto, no grupo de gestantes". (Margarida)*

A referência do enfermeiro na ação educacional das pessoas, está ainda muito localizada no território interno das unidades de saúde, situando-o como alguém que detendo um saber, o repassa de forma professoral, usando de uma pedagogia transmissora. Nota-se que o imaginário da identidade do enfermeiro, pelas pessoas, está assentado numa percepção que advém de uma falta de compreensão mais aprofundada dos conceitos de homem, Enfermagem e trabalho

educativo pelo próprio enfermeiro para reconhecer melhor as conformações de seu papel em sua pertinência política, social, ética e pedagógica.

Considerando que todo homem é um corpo e uma consciência resultante de um processo vivencial e que este é uma configuração de um complexo de **significados**, pode-se afirmar que os homens são seres de **significados**.

Como seres abertos, multidimensionais, interativos, podem eles, se humanizarem juntos pela linguagem, pelos conteúdos, pela história, co-transcendendo numa situação interativa, não de repasse apenas, mas de construção de novos saberes face ao refletir e ao agir no cotidiano. Enfermeiro e mulheres gestantes são seres portadores de significados que dizem o mundo mas também podem re-significá-lo, pela busca do mais conhecer, do mais trocar experiências.

Compete ao enfermeiro, assumir junto aos grupos de trabalho educativo, a responsabilidade de dar-lhes direção pedagógica e direção relacional, sem a manipulação, o "depósito", a condução, a prescrição como constituintes de uma práxis libertária e co-transcendente. Seu **ser com**, pressupõe como sua primeira característica, o EU dialógico.

Para FREIRE (1993, p. 163), "o EU dialógico sabe que é exatamente o TU que o constituiu. Sabe também que, constituído por um TU, esse TU que o constitui, por sua vez, como EU, ao ter no seu EU um TU. Desta forma, o EU e o TU passam a ser na dialética das relações constitutivas, dois TU que se fazem dois EU".

Esta questão traz ao enfermeiro, a compreensão de que o grupo é um **NÓS** em "**co-laboração**", que se volta sobre a realidade mediatizadora, a qual, objetivada, analisada e significada permite *no interativo **enfermeiro-usuários dos serviços de saúde** novas apropriações do homem sobre si mesmo e sobre seu cotidiano.*



Nesse espaço didático em que a aprendizagem se desenvolve, o enfermeiro facilita a transformação de conhecimentos e saberes, como também, a aquisição para novas buscas do grupo.

Inserido no grupo, num papel de homem significador, ele encaminha interpretações ou necessidades significativas do contexto grupal para as várias formas de reflexão, no sentido de abrir espaço à estruturação ou re-estruturação de **significados** que circulam nas falas das pessoas. Participa deste espaço relacional com sua vivência, seu saber científico, político, ético e humanista. Mobiliza o grupo para que este gere as análises e covalidações de **significados**, assumindo mais uma posição de ora esclarecedor, ora problematizador das situações em discussão, para que estas sejam mais penetradas e aprofundadas pelo grupo.

Para VASCONCELLOS (1992, p. 31), a mobilização é "um momento especificamente pedagógico de se provocar o interesse do sujeito em conhecer. Visa possibilitar o vínculo significativo inicial entre o sujeito e o objeto ('approche'); provocar, acordar, desequilibrar, fazer a corte. Trata-se de estabelecer um primeiro nível de significação, em que o sujeito chegue a elaborar as primeiras representações mentais do objeto a ser conhecido". Nesta sensibilização para o conhecimento, a pergunta e a repregunta quanto às práticas e concepções em relação ao objeto do conhecimento num clima de confiança e compartilhamento são fundamentais.

Das sucessivas aproximações, pela aplicação de seus esquemas de assimilação, o homem, a partir de sua percepção social inicial, vai apropriando-se dos **significados** em circulação pelo grupo.

Neste movimento com o grupo, PARSE (1981) vê para o enfermeiro, algumas características básicas ao seu **ser com** como: estar atento à herança cultural das pessoas que se simboliza e se expressa no grupo por palavras, gestos, olhares, toques, silêncio; sentir pelas imagens desprendidas nos intercâmbios pessoais

como os homens se revelam e se ocultam, se capacitam e se limitam, se ligam e se separaram com o fenômeno de análise do grupo.

Como reconhecer estes aspectos no exercício do **ser com**? Tendo a clareza de que nas relações interpessoais, as pessoas revelam parte de seu EU mas esconde outras; as pessoas, ao se moverem em direção a uma situação, vão se limitar para outras; as pessoas ao mesmo tempo que se conectam com um fenômeno, estão simultaneamente se separando de outros.

Assim, para PARSE (1981), o enfermeiro deve movimentar-se no fluxo das pessoas, levando-as a reconhecer a harmonia existente no próprio contexto do vivido, mas num **ser com** que não é o de tentar acalmar ou equilibrar ritmos, mas ajudar a ver as múltiplas significações que uma situação reúne.

Cabe ao enfermeiro facilitar a aprendizagem dos **significados** dando ao homem, pelo respeito à sua condição de liberdade, a opção de fazer suas escolhas quanto a eles.

Seu **ser com** deve apontar para o esclarecer quando necessário, para o desvelar pela facilitação do pronunciamento da multidimensionalidade que há nas pessoas, para o mobilizar à transcendência numa barganha da realidade empírica ("aquilo que os olhos podem ver") pela realidade concreta ("múltiplas determinações"). A direção dinâmica do **ser com** do enfermeiro para conduzir o grupo a essa transcendência, estará em adotar uma postura pedagógica que facilite a captação da essência do objeto a conhecer.

Sua ação consistirá em facilitar, por técnicas e/ou procedimentos, a decodificação, a descoberta dos sentidos, a construção de representações mentais do assunto-chave de estudo. Neste momento, sua preocupação deverá estar dirigida à análise das situações pelas relações de valores, conceitos, imagens e sentimentos que as compõem. Análise e síntese são movimentos constantes nesta etapa pedagógica do **ser com** junto ao grupo. Pela problematização, o enfermeiro pode também estabelecer a contradição com o conhecimento parcial e levar as

peessoas à superação deste estágio de conhecimento. Muitas vezes, será preciso sair da continuidade do saber e ir à sua ruptura para se chegar a uma **re-significação**, ou seja, a um conhecimento mais elaborado com o grupo. Outras vezes, caberá ao enfermeiro buscar com o grupo, a verdadeira causa das situações, superando a aparência, buscando a essência dos processos, caminhando para a criticidade.

Segundo VASCONCELLOS (1992, p. 47), "resgatar a história do conhecimento ajuda a re-significá-lo, na medida em que se entende em que contexto surgiu, que tipo de problema veio resolver, etc...". O importante é se garantir que o enfermeiro e o grupo estejam em ação interativa x dialógica x reflexiva, debruçando-se ambos sobre as questões do objeto para conhecê-lo. Da partilha das diferentes sínteses (em nível individual ou grupai) buscará o enfermeiro a síntese coletiva, conclusiva com o grupo.

Construindo sua própria síntese gradualmente, o grupo modifica sua própria ação prática, re-significando-se para redesenhar sua cultura, para reconstruir-se no processo. Deste modo, é possível considerar que o **ser com** do enfermeiro, como homem significador, é uma tarefa quase artesanal de criação e recriação de alternativas pedagógicas e alternativas relacionais que encaminham o processo da coexistência grupai e que o coloca também num processo de aprendizagem permanente deste seu **ser com**.

No "**GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA**", meu papel de coordenador nos trabalhos das oficinas, constitui no desempenho de várias funções fundamentais para a consecução dos objetivos, a saber:

- a) estabelecimento de um clima favorável às discussões e de criação de uma relação horizontal com as mulheres gestantes que integravam o grupo;
- b) condução do aquecimento, motivando as mulheres gestantes a participarem do mesmo;

- c) apresentação da proposta de trabalho de cada oficina, colocando material à disposição, incentivando o grupo a trabalhar; abertura do processo de discussão por perguntas que pesquisassem junto ao grupo, onde começar a objetivação do tema;
- d) estabelecimento de um clima para o diálogo, após a exposição da proposta de trabalho, mediando situações de conflitos, impasses, estabelecendo compromissos, formas de participação para o grupo operar, limitando-me a facilitar a construção de **significados** ou à covalidá-los;
- e) valorização da participação do grupo nos trabalhos;
- f) estimulação à participação de todas;
- g) solicitação para que o grupo manifestasse sentimentos envolvidos em alguma passagem do trabalho grupal, ou relativos a algum tema colocado no momento da discussão;
- h) sistematização do conteúdo apresentado, complementando com informações relativas ao tema, utilizando recursos didáticos necessários;
- i) sintetização dos pontos discutidos no processo e no final dos encontros, abordando os temas discutidos em seus pontos de análise, abrindo possibilidade para colocação de outras possíveis dúvidas, organizando a avaliação do trabalho do dia.

Neste **ser com** metodológico, procurei articular os aspectos específicos das vivências individuais aos da totalidade do grupo, sobretudo na fase de indiscriminação deste, marcada pela incoerência organizativa frente às tarefas das oficinas.

Por outro lado, busquei assegurar-lhe a característica de ser espaço à troca de experiências, sobre temas e subtemas emergentes que permitissem a problematização das discussões, estimulando a visão crítica no grupo, fazendo interagir o conhecimento técnico com o empírico das mulheres, sobre situações do

cotidiano em discussão, motivando-as para a compreensão da totalidade em que a experiência vivida se inseria.

Esse trabalho de articular o particular e o geral, a subjetividade e a objetividade, a multidimensionalidade e a singularidade, a latência e a atualização, pela discussão do fenômeno vivenciado, constitui o **ser mais** do enfermeiro na experiência do seu **ser com**, como homem significador.

Cabe ao enfermeiro, neste **ser com**, ampliar a significação ou a re-significação dos sujeitos sociais assistidos nos serviços públicos de saúde.

## 7. AS DINÂMICAS DO GRUPO

### 7.1. BUSCANDO SIGNIFICAR AS QUESTÕES DE CORPO, SEXUALIDADE, PAPÉIS DE MULHER...

*A questão da saúde da mulher gestante não pode ser vista de modo isolado. Ela faz parte de um contexto geral, amplo, que envolve toda a sociedade da qual a mulher faz parte. Seu posicionamento como cidadã, nasce da compreensão de si, de seu corpo e do que está acontecendo com ele. (SAID, 1995)*

Nos primeiros encontros com o "**GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA**", uma das oficinas realizadas foi acerca da percepção de seu corpo pelas próprias mulheres gestantes. Sob um fundo musical, dirigiu-se uma pauta de consignas visando, de cada elemento do grupo, a percepção das partes, sensações e sentimentos do corpo. Posteriormente, abrindo-se espaço para o compartilhar e o refletir dos significados sobre o vivenciado, algumas falas se colocaram assim:

- *"Poxa, parece que nem sabia que meu corpo tinha outras partes além de minha barriga. A gente também se preocupa com o corpo do marido para ficar forte e não ter doenças e com o corpo dos filhos para estarem limpos, fortes e deixa nosso corpo. Hoje é que senti o peso das minhas pernas e vi que está aparecendo varizes."* (Papoula)
- *"Para mim foi bom sentir meu corpo. Quando você foi falando do corpo, percebi que não valorizo suas partes. Quando você mencionou coisas pra descobrir nosso rosto, fui perceber que minha pele estava seca. Meu coração também fazia tempo que não percebia. Engraçado, por que só percebo meu corpo quando só tenho dor?"* (Orquídea)

As mulheres, enquanto cuidadoras de outros corpos, portam um corpo muitas vezes esquecidos, pouco tocado por elas mesmas, visto em partes, reconhecido pelo seu grito de dor ou identificação como instrumento de trabalho. Isto mostra o mais visível resultado das condições sócio-culturais-educativas a que muitas mulheres são submetidas no processo de sua historicidade, tornando o corpo rígido, dissociado de si mesmo e sem possibilidades de suas faculdades corporais.

A imagem do corpo é, de certa forma, a descrição do corpo conforme o indivíduo o conceitua e o experimenta consciente ou inconscientemente.

Para FISCHER apud HELMAN (1994), a imagem corporal engloba as atitudes coletivas, os sentimentos, as fantasias sobre o corpo e também a maneira pela qual a pessoa aprendeu a organizar e integrar suas experiências.

BOLTANSKI (1989), dentro de uma preocupação teórico-análítica, elucida as diferenças no uso e nas formas de percepção do corpo nas diferentes classes sociais. Conclui ele que as classes sociais mais pobres, para produzir os seus

meios de vida, fazem uso mais intensivo do corpo através de um trabalho muito mais mecânico que intelectual.

A relação reflexiva e consciente com o corpo se faz sim, tão só pela integração deste com a produção de sensações físicas e sensitivas, como a dor, a secura, o volume do abdome grávido.

As mulheres parecem mais atentas às sensações doentias, talvez porque o seu papel de cuidadoras lhes exige critérios com a descoberta destes alarmes corporais, dado os valores que lhe são atribuídos: dedicação, abnegação, amor...

A imagem corporal é representação que o indivíduo constrói no convívio com a família, com a sociedade, a cultura. Junto a estes ele aprende a considerar algumas partes do corpo como públicas (que pode mostrar), outras privadas (que não pode mostrar em público), umas para se sentir, se falar, se tocar enquanto que outras não.

A influência da visão separatista, oriundo dos paradigmas científicos-mecanicistas, que pela educação em saúde constróem concepções e formas de se ver o corpo, tem contribuído bastante à identificação deste, pelas suas partes e pelos seus sinais e sintomas. Percebeu-se muito esta consideração, no **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, quando partes do corpo grávido, bastante valorizadas na assistência à saúde da mulher como coração, mamas, abdome, pernas, eram lembradas e inclusas no contexto de significados das falas desprendidas, no compartilhar grupal.

Verifica-se também que o corpo é local de inscrição de experiências ou crenças de significado social e psicológico: *"Não consigo ver este meu corpo bonito. Nada me serve e nem fica bem. Minha cintura alargou, meus seios ficaram enormes, minha barriga ficou assim, enorme. Sinto vergonha quando as pessoas ficam me olhando. Nem saio de casa". (Tuiipa)*

A sociedade, pelos seus grupos familiar, comunitário, étnico, racial e religioso, pode produzir o homem a diferentes direções de relação com seu corpo,



tais como: constrangimento, vergonha, orgulho,... Vejamos: *"Eu gosto de ver meu corpo grávido. Gosto de sentir que tenho uma "vidinha" aqui na minha barriga, que daqui a três meses vai nascer. Sinto-me mais diferente, mais mulher. Na oficina, gostei de passar a mão na minha barriga. A gente deveria amar mais o corpo que tem". (Jasmim)*

A vergonha é um sentimento de inadequação que algumas mulheres grávidas podem experimentar, pelo medo dos outros perceberem nelas formas e condutas que não compatibilizam com imagens e valores sociais criados.

A vergonha nas mulheres está profundamente presa a mitos antigos que relacionam o corpo feminino com o que é ruim, impuro, feio.

FREEDMAN (1994, p.72) relata que "historicamente, as mulheres são descritas para serem bonitas. Como mulheres, crescemos em uma cultura em que somos encorajadas a nos enxergar de uma maneira mais decorativa que atuante".

O constrangimento e a hipersensibilidade em relação ao corpo, podem assim vir tanto do aplauso como da crítica ao corpo da mulher.

Para HELMAN (1994, p. 41), "uma mulher grávida encontra-se num estado de vulnerabilidade e ambigüidade social", tem a mulher grávida características físicas que são admiradas ou não pelo social vigente.

Segundo HELMAN (1994), cada ser humano possui em certo sentido, dois corpos: um corpo individual (físico e psicológico) adquirido no nascimento e outro corpo social. O corpo social é uma parte importante da imagem corporal, pois fornece a cada pessoa uma base para perceber e interpretar suas próprias experiências físicas e psicológicas. É também um meio, através do qual, a fisiologia do indivíduo é influenciada e controlada pelos princípios que regem a sociedade em que vive: sua forma, tamanho, vestimenta, alimentação, postura; seu comportamento com relação à doença e saúde, suas atividades reprodutora, profissional e de lazer.

Contribuindo à formação deste corpo social, estão os serviços de saúde com sua abordagem de corpo, mais pelo ponto de vista biológico; mais pela visão separatista do homem, conforme o foco clínico de interesse. Não desvelam, nem favorecem a compreensão do corpo pelas suas dimensões psicológica-social-cultural que concorrem ao **ser mais** do homem na sua relação vivencial com o próprio locus-residência de si mesmo.

LIZAMA apud FREIRE (1991) afirma que o trabalho educativo baseado no autoconhecimento e na expressividade do corpo, contribui para o desenvolvimento dos indivíduos, reforça a identidade dos grupos, apoia o desenvolvimento político da sociedade.

Nesta oficina de trabalho, buscou-se provocar reflexões com vistas à **re-significação** da imagem corporal das mulheres do grupo, por perguntas e reperguntas, tais como:

- *Por que as mulheres na gravidez só se preocupam com sua barriga?*
- *Por que a mulher cuida bem do corpo do marido e do filho e não cuida do seu?*
- *O que se ensinou sobre nosso corpo de mulher tem relação com a imagem que temos dele?*
- *A opinião das pessoas sobre a aparência de vocês é melhor que suas próprias opiniões?*

Instigar reflexões nos sentido de ampliar significados sobre a percepção do corpo; esclarecer situações de valores limitadores da relação com o próprio corpo; orientar a realização de exercícios de expressão do corpo com vistas a aumentar a auto-estima, a relação positiva com o corpo grávido, são formas de no **ser com** do enfermeiro, possibilitar o **ser mais** das mulheres em gestação.

Esta experiência inicial, relativa à expressão e à relação da imagem corporal que as mulheres do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"** tinham de si mesmas, possibilitou-me prever para as oficinas que se seguiram, meia hora de exercícios corporais que desenvolvessem, pelo contato interpessoal, a imagem física para uma dimensão social mais saudável. Usando da música, do movimento e de exercícios de percepção do corpo, o grupo foi evidenciando conquistas no interativo com o próprio corpo.

Com o conhecimento do corpo, cada pessoa pode também expressar seus sentimentos através da tomada de consciência de suas possibilidades em relação ao desempenho do próprio corpo. Dominando o equilíbrio da mobilização corporal, por exemplo, facilita-se à pessoa a adaptação a novos ambientes, a liberação de energia, a integração.

Tem se visto por pesquisas e estudos, que o tabu do corpo tem dificultado a algumas mulheres gestantes, a compreensão do processo da gestação em sua gênese e desenvolvimento, bem como, o trato da sua própria sexualidade.

Desta condição, emerge-se toda uma rede de anseios, medos fantasias e auto-interdições que põe a mulher gestante numa condição vulnerável em termos de saúde.

A questão da sexualidade, no **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"** foi levantada a partir da necessidade de se conhecer a anatomia feminina interna e externa, em função das reflexões levantadas na oficina sobre corpo.

O levantamento desse universo referencial mostrou no grupo, um grande desconhecimento dos fatos objetivos da sexualidade na gestação e também um sentimento de vergonha em falar sobre o tema, por parte de algumas mulheres do grupo.

Quanto à anatomia externa, verificou-se um desconhecimento da existência do clitóris, sua localização em relação à vagina e uretra.

O desconhecimento pela estrutura dos órgãos internos era grande; havia muita confusão na indicação dos órgãos a serem colocados sobre a boneca anatômica levada para facilitar a expressão de imagens e linguagens a respeito do assunto. Quase todas as mulheres sabiam da existência da vagina, útero, trompas, ovários, placenta, desconhecendo, porém, sua localização, forma e funções.

Tinha o grupo noções imprecisas sobre a concepção, mudanças corporais na gravidez, desenvolvimento fetal. Acerca desta última questão houve uma curiosidade pelo aspecto e tamanho corporal do feto segundo a idade gestacional da mulher, unânime pelo grupo. Outras indagações:

- *"Como a gente fica grávida? Não sei bem se é pela água do "membro" de meu marido ou se acontece de outro jeito..." (Violeta)*
- *"Para onde vai o bebê após o 6º mês, na barriga da mãe?" (Margarida)*
- *"Vejo uns rasgãozinhos na pele de minha barriga e nos meus seios. Queria saber se eles tem a ver com a gravidez. Ah, tenho estas manchas no meu rosto que me deixam triste. Elas vão desaparecer?" (Rosa)*
- *"Quase não tenho relações com meu marido, tenho medo de machucar o bebê. Este medo não me deixa sentir prazer e só dor, porque fico seca por baixo. Tive uma relação sexual e depois tive sangramento. Não sei até hoje se foi pela relação ou se foi porque fiz exame de toque neste dia também". (Papoula)*

Quando do esclarecimento da anatomia do sistema reprodutor feminino e da fisiologia da concepção, as gestantes sempre se mostravam surpresas com os seus desconhecimentos sobre o tema. Perguntava eu como tinha sido a educação sexual que tinham as mulheres do grupo recebido em sua infância, como tinham aprendido as diferenças anatômicas e fisiológicas dos sexos, como tinham visto e sentido a menarca, a relação sexual e a concepção em suas vidas? As explicações sobre

menarca se construíram da interação das mulheres gestantes com suas amigas, primas, tias, irmãs mais velhas que passavam de modo truncado e cheio de mistério e com recomendações de sigilo, as informações, as explicações e as responsabilidades e proibições inerentes a esta nova fase do ciclo vital da mulher. A menarca assim era vivida, de modo conflitante pela ambigüidade advinda do status de moça e pelo medo e depressão face aos seus mistérios e proibições.

A nível da representação sobre relação sexual, o grupo colocou que era vista como algo pecaminoso, como "fazer coisa feia". Para algumas gestantes do grupo, a gravidez era vista como resultante da relação sexual, evento proibido fora do casamento, porém, aceitável se acontecer dentro dele. Disseram: *"O que fazer se ficou grávida e não era casada? Agora, remediado está, o jeito é tocar para frente..."*.

A vivência da sexualidade durante a gravidez variava muito de mulher para mulher, para algumas, o padrão sexual era o mesmo anterior à gravidez, para outras havia se modificado.

Algumas, sobretudo as multigestas do grupo, colocaram que na gravidez sentiam-se mais seguras mais confiantes para fazer sexo, especialmente as que tinham medo de engravidar e que estando grávidas, chegavam a ter na relação sexual um contacto mais permissivo, mais aberto ao prazer. Outras, no entanto, sentiam-se inseguras, com medo, por motivos diversos, entre os quais, o medo de causar dano ao feto, o medo do orgasmo desencadear o parto prematuro, provocados por representações culturais conflitantes e pela desinformação sobre a própria anatomia e sobre posições confortáveis ao sexo na gestação.

Rose Marie MURARO apud PAMPLONA (1990), em sua pesquisa sobre "na gravidez não se deve ter relações sexuais?", constatou que 24,5% das operárias e 32,5% dos operários responderam afirmativamente, assim como, 19,5% das mulheres de classe média e 25% das universitárias e 8% dos universitários. Esta autora levanta duas hipóteses explicativas que coincidem com o que se verificou

nesta prática assistencial: "em primeiro lugar, as mulheres tem medo das relações sexuais neste período e em segundo lugar, que isto seja uma espécie de moralismo em relação à gravidez".

Após discussões, troca de relatos de experiências no grupo e visualização da anatomia interna do sistema reprodutor feminino, as mulheres que evitavam relações ou que as tinham mas com medo, por desinformações ou informações fantasiosas delas e de seus maridos, ao retornarem para esta situação de seu cotidiano, nela transmitiam aos seus parceiros conhecimentos construídos sobre anatomia e sobre a forma de proteção que o feto tinha pelo colo do útero e o saco amniótico. Relatavam à coordenadora deste trabalho, a volta à relação sexual, o que, de certo modo, evidenciava um movimento de re-significação pela mudança de comportamento neste aspecto da vida cotidiana.

Uma das gestantes, ao final desta oficina, pedindo a palavra, trouxe para o grupo a seguinte fala, assumida numa atitude corporal de brilho nos olhos, pescoço erguido e voz firme: *"Antes eu ouvia tudo e ficava quietinha porque as pessoas diziam que vida de mulher era assim mesmo. Com o tempo fui percebendo que ficar calada me fazia muito mal. Criei coragem e comecei a falar de tudo que não concordava e de tudo que me chateava. Hoje não guardo e nem escondo mais nada que me desagrada. Falo com meu marido até mesmo desta questão de sexo. Falo de sexo até quando não é bom". (Margarida)*

A atuação do enfermeiro com vistas ao **ser mais** do grupo, deve ter direção em se buscar a re-significação das imagens, valores e linguagens que medeiam as relações quanto à sexualidade, por meio de esclarecimentos pertinentes à compreensão da anatomia e fisiologia do corpo, mas também, das crenças oriundas da educação diferenciada de homens e mulheres forja neles expectativas, medos e fantasias diferentes para a vida sexual.

Sabe-se hoje que as diferenças de comportamento sexual entre homens e mulheres se devem muito mais a fatores sociais e culturais que aos fatores

biológicos inerentes ao sexo. "Voltar às coisas pela análise de suas origens, buscando o sentido pelos sentidos" deve ser a ação básica do enfermeiro neste seu ser com. Tomando a questão da sexualidade feminina, deverá ele conduzir o grupo a superar-se quanto: à auto-imagem da des-atração do corpo grávido; aos medos da relação sexual ser condição de agressão física ao feto ou fator desencadeante do parto prematuro; às dificuldades e desinformações do casal acerca do mito da intocabilidade do corpo grávido; à relação afetiva fechada "mãe x feto" que se estabelece com as mulheres na gestação.

Vale lembrar que tão importante ou mais que o conhecimento técnico sobre sexualidade é a postura do enfermeiro, isenta de julgamento e de imposições de valores pessoais ao trabalhar com o grupo de mulheres gestantes. É importante recolocar aqui que os procedimentos sociais, como a educação em saúde, não deve reforçar tendências, proibições e permissões, mas **significá-las** para que ao homem seja colocada a liberdade de transcender-se nesta questão vital do seu viver.

Desejando sentir o grupo de mulheres gestantes, pelos significados que tinham acerca das representações sociais dos papéis que desempenhavam no seu cotidiano, procurei, através de uma atividade de montagem de painéis, usando figuras recortadas de revistas, verificar o que era ser mulher, numa outra ocasião do encontro grupal.

A colocação desta atividade começada com a pergunta básica: - *O que é ser mulher para cada uma?* e desenvolvida depois pela seleção de figuras de revistas que expressassem os significados e concepções da mulher na vivência do próprio corpo em suas relações com o mundo, permitiu que no coletivo se configurasse o retrato feminino do grupo.

Este retrato mostrava, pela reunião das subjetividades, a mulher ligada primordialmente à família e à maternidade, tornando-se a afirmação do feminino modelar. Seguem os depoimentos neste sentido:

- *"Para mim, a mulher é sorriso, alegria, é meditação e pensamento. Aqui escolhi esta outra figura para mostrar que as mulheres participam de movimentos. Esta passeata delas deve ser a serviço. Ah, aqui está uma mulher representando a mulher na cozinha, preparando alimentação para os filhos e esposo". (Margarida)*
- *"Bem, esta mulher já tem filhos. Ela está segurando os filhos no colo dando carinho e atenção para eles. Esta outra está cuidando do marido, né. Dá atenção para ele, conversa com ele se tem algum problema, para entender o problema dele e ele entender os dela". (Papoula)*
- *"Eu vou explicar o meu trabalho assim: aqui está uma mulher grávida. Ela está limpando a casa. Aqui está a família reunida com ela e a mulher está trocando carinho com o filho e o marido". (Tulipa)*

As falas reveladas mostram a mulher na sua definição básica, como o ser do lar, da família, do casamento, da maternidade, cuidando do lar, preparando educacionalmente os filhos, influenciando sobre o homem por seu carinho, bom senso, conselhos, amor... Essa imagem macia, acomodada e disciplinada é dada pela mulher de classe baixa e das camadas urbanas médias, obrigadas a existirem na esfera do espaço privado do lar.

Segundo PAOLI (1985, p. 83), no seu artigo MULHERES: Lugar/Imagem/Movimento, "a imprensa feminina do século XIX questionou, entre outros assuntos, o mundo feminino contido dentro do lar, referindo-se a ele como mutilação de personalidade, que transformava as mulheres em machenas de procriação. Denunciou também o falso domínio do lar doméstico e a falsa oposição entre a maternidade e a cidadania".

Cidadania quanto ao direito reprodutivo, quanto a ter um salário, um emprego, quanto à igualdade na diferença entre os sexos, foram condições muito discutidas pelas mulheres-gestantes do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**.



Nestas condições, (Rosa) uma gestante do grupo, que trabalha como auxiliar de escritório, comentou na ocasião: *"Gosto de ser mãe, nasci para ter uma casa com dois filhos, mas quero continuar trabalhando. O trabalho, para mim, é necessário e foi por isso que resolvi ter meus filhos cedo"*.

Nem sempre podendo optar pela dedicação exclusiva ao lar, a mulher procura um emprego para auxiliar o orçamento familiar. O trabalho assim não é visto como fator de crescimento, mas como necessidade de complementar a renda da família. Procura, geralmente, os trabalhos subalternos que exigem pouca especialização, e que sendo trabalho subsidiário, é pouco remunerado também.

Quando trabalha fora, a mulher é sobrecarregada com o trabalho doméstico, e esta dupla jornada pode na gestação, ser fator de preocupação clínica.

Neste particular, Rosa, a gestante, quis saber a respeito da "licença-maternidade" e de seus direitos como mulher trabalhadora.

Na discussão desta questão e outras, tanto o enfermeiro como as mulheres gestantes, caracterizados como sujeitos, num espaço de reflexão às suas vivências estão num **ser com** com vistas a um **ser mais**.

A proposta deste **ser com** foi tornar a vivência grupai um meio de expressão, mas também, de fortalecimento à auto-estima das mulheres, pela possibilidade de se questionar imagens, emoções, valores, dos aspectos da experiência corporificada das mulheres gestantes em seus papéis sociais.

Na vida real, em sociedade, o homem tem funções determinadas por circunstâncias sócio-econômica-cultural e por sua inserção numa determinada classe social. Estas funções demandam dele papéis, ou sejam, unidades de ação realizadas em ambiente humano ou na expectativa da inter-relação. Pode o sujeito exercer vários papéis num certo tempo e espaço. O importante é se examinar a qualidade desses papéis ao crescimento da dimensão multidimensional/interativa do homem, pelos seus recursos de espontaneidade, sensibilidade, capacidade de significar, criatividade e consciência de si.

É preciso que o interativo enfermeiro - mulheres gestantes, seja uma prática política, acerca do significar do ser mulher, no sentido de ampliar sua diversidade e subjetividade humana para a transformação emergente da experiência histórica de seus cotidianos. Precisa-se ultrapassar os limites das regras dominantes do comportamento feminino, estando atento às formas pelas quais os estereótipos e preconceitos são inculcados na educação de gênero.

A Antropologia ajuda a perceber que há uma construção social da mulher, variável conforme a expectativa de uma determinada sociedade a respeito dos papéis que ela deve desempenhar. Encaixa-se a mulher em determinados padrões como ser intuitivo, sensível, amoroso, altruísta e maternal.

Para ARANHA (1989, p. 170):

Ao se valorizar a intuição feminina, na verdade estamos contrapondo a mulher ao homem racional. Ao defini-la como sensível e amorosa, também a consideramos presa fácil das emoções, enquanto o homem é empreendedor e agressivo. Ao atribuímos-lhe altruísmo, exigimos dela o abandono de si mesma, o tornar-se um ser-para-outro, o que facilita a submissão. Ao exaltarmos o instinto materno, aproximamos a mulher da natureza e a confinamos ao meio doméstico, à esfera privada. Já o homem se volta para a rua, para o público, como artífice da civilização.

Estaria assim, segundo esta autora, delineando a inferiorização da mulher, o que justificaria sua dependência e passividade.

Toda educação deve, no entanto, estar atenta à diversidade pessoal, obtendo um saldo positivo no sentido de significar para se questionar em todos os níveis a ideologia que perpassa as configurações acerca do homem e suas relações.

O enfermeiro, no trabalho com as mulheres gestantes, deve abrir o questionamento das conservas culturais procurando favorecer a objetivação das situações, a percepção de como se formam as conservas, os papéis conservados.

É somente no reconhecimento crítico e consciente do porquê do nosso agir, que encontramos explicação e motivo para seguir conhecendo e atuando, isto é, educando-nos.

Esta consciência da realidade e do agir sobre ela é sempre uma combinação de aspectos objetivos (fatos, situações, circunstâncias), com aspectos subjetivos (interpretações, emoções, sentimentos, atitudes) que sobre os aspectos objetivos se tem.

## **7.2. BUSCANDO SIGNIFICAR A GESTAÇÃO E A DOR DO PARTO**

O corpo grávido pode ser foco de uma rede de interdições, num imaginário de desejos, recusas, medos, expectativas, anseios, fantasias que se modificam segundo lógicas culturais. Atravessar esses materiais pelas suas imagens e valores para abrir no texto da gravidez um horizonte para a mulher ser mais saudável, proporciona ao enfermeiro a oportunidade de travessia ao re-significar do corpo grávido para um além de sua abordagem biológica. (SAID, 1995).

A questão da procriação sempre teve uma série de significados. Nas sociedades primitivas existia uma série de expressões culturais, ritos de fertilidade e tabus quanto à gestação. A par desta valorização do ato de procriar, muitas mulheres estéreis não foram consideradas verdadeiras mulheres, sendo devolvidas aos seus parentes pelos maridos.

Nas sociedades agrícolas onde era necessário o maior número de pessoas para produzir e acumular riquezas, ter mulheres procriando significava ter muitos filhos, maior produção, maior excedentes acumulado.

Já nas sociedades de caçadores-coletores, a gravidez não era status para a mulher, visto que nestas sociedades não se podia produzir mais do que seu

ecossistema permitisse. Não havendo aí a premência da força de trabalho, não havia lugar para os ritos de fertilidade, mas havia lugar para a presença do infanticídio.

Em algumas sociedades, a reprodução da vida foi vista como uma desvantagem para a mulher, visto que a afastou do processo social de produção e de dominação.

A gravidez, ainda hoje, em muitas sociedades, tem sido tomada como condição de estreitamento dos laços de dois grupos, o da mãe e o do pai.

LIPKIN (1988) mostra que a mulher se transforma em mãe quando seu papel de procriar se materializa em seus filhos durante o período fértil de sua vida. Este período está marcado pelo começo da idade reprodutiva (12 a 14 anos) e termina aos 40 - 50 anos aproximadamente, porém, essas idades extremas não marcam em todos os casos e circunstâncias, as condições biológicas e sociais ideais para a mulher e o filho.

Do ponto de vista da assistência pré-natal, a gravidez é um período de várias mudanças físicas e emocionais que cada mulher vivencia de forma distinta. Essas mudanças podem causar na gestante medos, dúvidas, angústias acerca de sua matriz de identidade como geradora, acerca do feto, acerca do processo de cuidar do corpo.

O medo às alterações físicas como: varizes, cloasmas, seios caídos, era trazido mais frequentemente pela primigesta do grupo. A forma do ventre, o aumento de peso, a alteração da pressão arterial preocupava a quase todas as mulheres do grupo, exceto uma delas (1) cuja ansiedade era por não ver "a barriga crescer".

Neste sentido, discutiu-se com e no grupo, a forma de como cada uma poderia lidar com estes tipos de anseios e medos, prevenindo pelo autocuidado alterações evitáveis ou corrigíveis. Havia preocupações quanto ao aumento de peso

por alterações de apetite e ansiedade, bem como, crenças de que desejos alimentares da mulher grávida deviam ser satisfeitos.

Crenças pertinentes quanto ao uso de certos alimentos como macarrão, arroz, ovos e ao não uso de feijão, couve, repolho, foi colocado como significado interditor nos hábitos alimentares.

O desconhecimento do saco amniótico; a suposição da exposição do feto no útero; a posição do feto, a dor do parto; a transição entre o papel de esposa e mãe, trazia recusas, medos e fantasias que por sua vez causavam, em algumas, alterações emocionais.

Sentimentos ambíguos de orgulho por estar gestando uma nova vida, mas de temer não ter condições para garantir o crescimento, o desenvolvimento e a educação necessárias preocupavam as mulheres do grupo.

Comportamentos familiares, cercando de mimos, de cuidados para evitar emoções fortes e concretizações de crenças nos bebês, eram percebidos por elas de forma positiva, mas também de forma negativa como discriminação, interdição.

HELMAN (1994, p. 43) explica que "as crenças sobre a fisiologia e os perigos da gravidez tem aspectos físicos e sociais. Elas separam as mulheres grávidas como uma categoria especial de pessoas, cercadas de tabus e costumes que, segundo a cultura em que vivem, existem para protegê-las, além de contribuir para explicar retroativamente qualquer dano físico ou deformação do recém-nascido". Vale citar para ilustrar aqui a questão das crenças, a preocupação que a sogra de uma gestante tinha com a alimentação e o funcionamento intestinal desta para evitar que o recém-nato apresentasse problemas de pele.

A gravidez traz a necessidade de readaptações físicas, psicológicas e culturais à mulher, o que se lhe exige uma reorganização em seu cotidiano.

A maioria das mulheres experimentam, segundo BRAZELTON (1988, p. 22), "uma combinação de sentimentos de desamparo, ansiedade e agradável expectativa. A energia que é retirada de suas vidas diárias é utilizada para

selecionar esses sentimentos. Elas podem parecer alternadamente deprimidas e aéreas para as pessoas à sua volta, além de sonhadoras e remotas".

Outro grande medo que as mulheres gestantes do grupo demonstravam era o de não conseguirem levar a gravidez a termo; para Violeta isto chegava a ser angustiante, pois abortara anteriormente duas vezes e agora o marido cobrava-lhe muito sua gestação atual.

BRAZELTON (1988, p. 38) afirma que:

Todas as mulheres esperam que algo dê errado com seus filhos. Aham que têm sorte se o bebê vem perfeito. Se algo dá errado é inevitável que se sintam responsáveis. Irracionalmente, qualquer mãe poderá culpar-se por qualquer doença, por prematuridade, por marcas de nascença ou por qualquer defeito que possa aparecer no bebê. Estas preocupações são tão comuns que esgotam as mulheres e os homens durante a gravidez, causando-lhes stress.

Esclarecer estas situações, a fim de garantir objetivação quanto à ocorrência desses sentimentos na gestação, bem como, explicar procedimentos clínicos disponíveis a prevenção de condições de risco na gestação, permite ao enfermeiro **significar** preocupações da mulher gestante.

Para outras gestantes do grupo, o conflito e a pressão recaíam em como continuar após o nascimento do bebê, num serviço, num emprego; como realizarem as tarefas domésticas e assegurar atenção ao filho, como não competir sobre o afeto do bebê com mãe, sogra, marido e filhos.

Subjacentes a estes medos e anseios normais e saudáveis, BRAZELTON (1988, p. 39), aponta que "pode haver por parte de todas as mães em potencial, um conflito básico: o desejo contraditório quanto a ter o filho, emergente do medo pela segurança e saúde do bebê ou pela perda da antiga auto-imagem da mulher". Disse

Rosa: *"Quero ter logo meu bebê para voltar a ter a forma antiga de meu corpo. Vivo passando óleo e massageando minha barriga e seios que estão com estrias"*.

Em algumas gestantes existe uma forte introjeção com o papel de mãe, perfeita doadora, como existe também medos de mudanças não só pelos condicionamentos ideológicos, mas pelo sócio-econômico. Assim, é comum as gestantes procurarem o grupo, carregadas de sentimentos contraditórios, medos, culpas, conflitos, entre os quais, o de "ter ou não ter o bebê", "aceitar ou rejeitar a gravidez".

Apesar de a gravidez não ser doença, as gestantes muitas vezes se sentem doentes e são até reforçadas nesta ideologia, assumindo uma atitude passiva na relação com os profissionais dos serviços de saúde. Exames, cálculos, intervenções obstétricas constantes, orientações desfocadas das reais necessidades da mulher-gestante podem trazer-lhe ansiedade na atenção pré-natal.

Segundo KITZINGER (1978), testes utilizados indiscriminadamente, só porque existe o equipamento necessário ou porque a equipe de saúde está a proceder uma investigação, com explicações insuficientes e sem referência à mulher como pessoa, tem causado-lhe confusão e angústia na gravidez.

Tanto a gravidez, como o parto se dizem momentos de crise à mulher, visto que implicam uma re-estruturação da identidade, da relação familiar e da situação sócio-econômica. Cabe ao enfermeiro, facilitar condições de expressão das preocupações das mulheres gestantes, permitindo o compartilhar de dúvidas e a troca de saberes e experiências. Essa possibilidade de intercâmbio é considerada a melhor forma de se promover a compreensão do processo da gestação em suas várias dimensões.

No levantamento do universo referencial da: primigesta e multigestas do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, acerca das sensações, medos, anseios sobre o parto, verificou-se que a dor nele era a preocupação fundamental. Vejamos:

- *"Eu não sei bem o que é parto. É a primeira vez que estou esperando bebê. Dizem que o ruim é a dor. Eu não quero fazer escândalo, como gritar. Quero nesta hora ser paparicada, como meu marido me faz agora". (uma primigesta visitante do grupo).*
- *"No parto a gente deve sentir tudo isso que todas falaram. Tenho medo daquela dor que dizem que é grande mas que a gente esquece depois. O bom é ganhar o bebê". (Tulipa).*

Averiguada como era essa dor em sua imagem, valor, representação física-emocional, viu-se que as multigestas apresentavam noções confusas, imprecisas, sem muita convicção da dor como algo emergente delas. Acreditavam que a sentiram porque ouviram falar dela. Falaram desta dor como lembrança de uma sensação forte, de fechamento e grande sofrimento, de duração quase infundável, permanecendo até que o bebê "saísse". Chamaram-na de "dor sem-vergonha", pois assim que a criança nascia, ela desaparecia e se esquecia dela. Cada gestante multigesta que havia passado por esta dor, mostrava ter tido com ela uma experiência sensitiva particularmente diversa em cada parto.

Para as primigestas, o conteúdo de ansiedade mais trazido em relação ao parto, era realmente a dor que tinham ouvido, contada, confirmada ou até negada por outras tantas mulheres.

Qualquer dor, conforme CARBALLO apud PAMPLONA (1990, p. 74), "é uma reação e uma percepção sendo ao mesmo tempo uma forma de expressão altamente individualizada e que varia de pessoa a pessoa; é também uma manifestação emocional que depende da experiência e da história passada da pessoa".

Para HELMAN (1994, p. 165), "o background cultural pode exercer grande influência na maneira como as pessoas percebem e reagem à dor, em si mesmas ou



em outras pessoas. Fatores culturais podem também influenciar o modo como as pessoas comunicam a dor".

Crenças sobre o significado e a importância da dor, bem como, o contexto em que ela ocorre e as emoções associadas a este, podem afetar a sensação da dor.

HELMAN (1994, p. 165), explica que "o fator determinante na transformação da dor privada em público, é a intensidade percebida da própria sensação da dor".

Muitos autores concordam que dado à tensão de fatores emocionais, a dor pode ter intensidades diferentes.

As mulheres, multigestas, do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, descreviam a dor do parto como quase interminável, iniciando-se durante as contrações como uma espécie de dor que repuxava suas costas na altura dos rins e que ia cobrindo todo o ventre, aumentando na parte baixa dele.

Numerosos fatores podem influenciar a forma como a dor é descrita. Dentre eles, a facilidade de comunicação, as experiências pessoais de dor e as crenças leigas sobre a estrutura e funcionamento do corpo.

Neste sentido, as famílias, pela sua visão de mundo, pelos seus códigos de comportamento, seus papéis de gênero, conceitos de tempo e espaço, linguagem, história, mitos e rituais, têm meios de comunicar os sofrimentos a outros membros e comunidade. A dor do parto privada é resultante de fatores sociais, culturais e psicológicos que lhe dão características próprias e singulares. Estas características, ao passarem para o público, podem ser adicionadas de outros elementos oriundos de imagens, valores e linguagem, criando assim, representações diversas nas redes de sua comunicação, como o que se expressava no depoimento de uma mulher do grupo que era mãe de uma das gestantes: *"Coloquei nos cartãozinhos, que o parto representa dor, mas também alegria, amor e desejo. Meus partos sempre foram com dor, mas ela passa e quando a gente vê, está de novo grávida. Apesar da dor, vale a pena, porque é tão bom ver sair da gente um "serzinho". Isto dá uma alegria*

*tão grande que a gente esquece toda dor que teve e só quer dar amor para ele. A dor ficava em mim só até expulsar o bebê. Ela é dor mesmo". (Crisântemo).*

Outro medo, o de perder o filho durante o parto apareceu por parte de Violeta nesta sua fala ao grupo: *"Eu tenho medo de não ter esse filho. Já perdi dois. É doído ficar na maternidade, vendo as mulheres com seus bebês e a gente sem ele. Meu irmão me visitou agora e perguntou se eu não tinha medo de perder este bebê, pois ele acha que tenho algum problema. Será que vou ter problema? Eu quero tanto este bebê, porque quero dar a ele amor. Vi que no parto, as mulheres têm felicidade também".*

O desejo de que se discutisse a questão da anestesia, tipos de parto, referência de atendimento à mulher na hora do parto, foram anseios de outras duas gestantes do grupo: *"Eu coloquei no cartãozinho a palavra prática, porque já é o terceiro filho que vou ter. Parto me lembra dor, mas não é tão forte como dizem. O que me preocupa mais é a procura, a procura do lugar que me atenda nesta hora". (Rosa).*

Neste sentido, o grupo apontou as dificuldades que enfrentavam quanto à atenção obstétrica ao parto, por serem atendidas através do SUS (Sistema Único de Saúde), o medo de serem submetidas a procedimentos arbitrários, desnecessários ou autoritários; a vergonha de ficarem expostas e o temor à equipe obstétrica pelo saber e poder que esta detém.

Disse Papoula: *"Coloquei as palavras dor, medo e alegria. Tenho medo do que vai acontecer na hora do parto porque já contei para você que me deram anestesia no outro parto e não me explicaram porquê. Senti dor também, e tenho vergonha de ficar naquela posição para ter o nenê, com todo mundo me olhando e falando. A alegria é boa, nem sei dizer como, depois de sair o nenê".*

As práticas médicas muitas vezes utilizadas sem justificção, tanto na rede pública conveniada como na particular, para abreviar o tempo do trabalho de parto ou induzi-lo e o constrangimento das gestantes de perguntar, por temor ao médico

(representante de outra classe social) e por desconhecer os direitos cidadânicos de que são possuidoras, têm contribuído na prática a que o parto seja realmente a constatação do: parirás com dor".

**Re-significar** para preparar as gestantes a lidarem melhor com a dor, no sentido de eliminá-la ou minimizá-la, levou-me a esclarecer o processo de parto, a função das contrações uterinas, as condutas da equipe e da própria gestante que no parto podem favorecer a dor; a discutir o mito cultural da mãe santa/sofredora, encaminhando o grupo à compreensão da necessidade de auto-gerenciar seus níveis de tensão e ansiedade face às sensações dolorosas. Num segundo momento, o grupo realizou uma dramatização e uma representação corporal da imagem que tinham da dor do parto, para abrir novos **significados**.

Pesquisando-se das mulheres do grupo, o que queriam comunicar pelo arranjo corporal que assumiram na imagem representativa da dor do parto, ouviu-se depoimentos expressivos, tais como:

- *"Penso que na hora do parto ficarei assim: tremendo". (Violeta)*
- *"Na hora do parto, costumo ficar assim: rosto sério, calada, andando para lá e para cá. Não vou querer que me encham nesta hora". (Rosa)*
- *"Eu acho que vou ficar segurando minha barriga". (Tulipa)*
- *"Eu ficava assim: segurava um travesseiro e não queria ninguém por perto". (Crisântemo)*

Do compartilhar grupal, neste processo de **re-significar** a questão da dor do parto, surgiu a necessidade de se trabalhar técnicas de relaxamento e respiração ao parto, além de se aprofundar uma discussão a respeito dos direitos e da postura cidadânica das mulheres gestantes, face às instituições de assistência ao parto.

PAMPLONA (1990, p. 79), infere que "mesmo que a dor do parto esteja presente, uma mulher preparada com conhecimentos e recursos ao seu

enfrentamento, não terá a representação desta dor como algo maior que ela própria, anátema de sua condição feminina, castigo pela vivência de sua sexualidade. Ao contrário, mostrar-se-á como uma realidade à qual ela está atenta e com a qual sente-se capaz de lidar, podendo buscar alívio seja com seus próprios recursos de relaxamento, postura, movimento, respiração, seja solicitando anestesia".

No trabalho com as gestantes, o enfermeiro, ao oportunizar o questionamento das relações de poder, a minimização do medo ao parto, a compreensão e as formas de evitar ou lidar com a dor do parto e o significado do parto em seu processo e sinais, prepara a mulher para ser um agente de transformação social que reivindica seus direitos, que explicita seus desejos, que comunica suas expectativas e conduz-se como sujeito.

O nível de entendimento da questão de cidadania na gestação e parto, bem como, o comprometimento com o social, levaram três gestantes a denunciar junto à Unidade de Saúde, o mau atendimento que a maternidade de referência do SUS proporcionava. A Unidade de Saúde, viu-se assim, no compromisso de acessar esta questão a outras instâncias de discussão e resolução.

No que diz respeito às instituições de saúde, tem-se observado que, ao mesmo tempo em que podem sofrer a violência, são também agentes dela, veiculando-na até ao ser de cada homem. Esta pode ser detectada na relação médico-parturiente/enfermagem - parturiente/maternidade-parturiente, negando à mulher a assistência ou proporcionando-na sem qualidade e com autoritarismo.

"Os índices de morbi-mortalidade materna e perinatal são repercussão visível de um processo extenso de desumanização das práticas de saúde", aponta NOGUEIRA (1994, p. 37). Ainda, segundo esta autora, "a assistência ao parto é a manifestação mais evidente de como a sociedade considera a mulher, a maternidade e a criança. Há, portanto, que se problematizar a violência invisível que mascara a teoria e a prática nos serviços de saúde em que mãe e filho são envolvidos tão simbioticamente". (p. 38)

Os serviços de saúde, de certa forma, controlam o corpo da mulher, permitindo que esta continue alienada, sem consciência corporal, sem atitudes de sujeito e cidadã dentro da rede institucional.

Num seminário sobre a violência, realizado em 1990, em São Paulo, apontou-se que ausência de atividades educativas, a realização de procedimentos e intervenções sem consultas às usuárias e, até mesmo, à revelia destas, são fatos cotidianos repetidos.

Esta questão remete ao enfermeiro, em suas práticas assistenciais, a necessidade do problematizar como caminho à apreensão, compreensão e modificação dos significados que permeiam as concepções, relações e práticas no atendimento materno-infantil. A conquista da cidadania não depende apenas do governo e das leis, mas também de pequenas atitudes individuais no cotidiano, traduzindo a expectativa de que se pode manipular a realidade a favor dos próprios cidadãos.

## **8. EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

### **8.1. QUESTÃO DE BUSCA À TRANSFORMAÇÃO DOS HOMENS E SEU COTIDIANO**

A prática educativa nos serviços de saúde, reconhecida como fenômeno social e como atividade humana necessária à construção de padrões de saúde, é processo de se prover os indivíduos de saberes e experiências que os tornem mais capazes para analisarem situações e condições do processo vivencial, reconhecendo recursos e estratégias possíveis para o enfrentamento, a auto-determinação, a co-responsabilidade, a reorganização de seu cotidiano de saúde e de vida.

Habilidades, saberes, valores, linguagens, rede de relações sociais, constituem recursos, assim como ação, reflexão, emoção, constituem estratégias para que os seres humanos atinjam o seu **ser mais**. Esse **ser mais** pode ser entendido como um movimento do homem a uma melhor compreensão da realidade, a uma busca de mais identidade, à conquista de novos padrões de saúde, à busca de participação/cidadania e ao desenvolvimento de sua cotidianidade. Assim, a prática educativa nos serviços de saúde não é apenas uma exigência técnica destes para com a coletividade usuária, mas é um compromisso com o processo de recriação da realidade por homens de relação ativa e transformadora.

Reconhecidas como de suma importância, as práticas educativas nos serviços de saúde, ainda estão relegadas a um segundo plano, dando-se neles por um modelo vertical, com neutralidade política/pedagógica, desvinculado do processo histórico social da realidade dos usuários, sistematizado por um verbalismo de informações padronizadas em Saúde. Pouco críticas, estas práticas têm-se configurado num ativismo não reflexivo que se dá apenas sob a forma de repasse de informações. Este repasse de informações, de caráter mais técnico, de abordagem mais pela visão biológica, tem tido como objetivo, obter a colaboração dos usuários na execução da prescrição de condutas determinadas pelos profissionais de saúde. Via de regra, avalia-se o caso, julga-se o que é necessário e se prescreve o que deve ser feito em função do conhecimento técnico-científico que a profissão confere e que é socialmente reconhecido como saber.

Esta educação, desenvolvida em função de dar respostas às necessidades de manutenção, recuperação e reabilitação de saúde, tem correspondido àquilo que FREIRE (1993) denomina de "educação bancária", ou seja, uma educação que se caracteriza por um "depositar" de informações, de conhecimentos, dados, fatos, etc... nos usuários dos serviços de saúde.

Levada a efeito por meio de palestras, a prática educativa, muitas vezes, tem tido, em geral, como caráter marcante, as relações narradoras, dissertadoras e a

transformação das pessoas em "vasilhas", em recipientes a serem enchidos pelo "profissional-educador". Essa aquisição de conhecimentos por depósito, por colagem, não instrumentaliza um pensar/fazer reflexivo e crítico diante de possíveis requerimentos ou problemas do cotidiano. Induz-se as pessoas a atitudes padronizadas que promovam a saúde e previnam a doença.

Acrescenta-se a este quadro, a observação de que este modelo de processo educativo tem reforçado a cultura do silêncio dos usuários, a detenção do saber pelo profissional de saúde e a idéia de que a população não porta saber algum, bem como, a escolha do conteúdo das palestras pelo serviço, pelo programa ou pelo profissional de saúde. Privilegiando o saber técnico, a voz do outro é silenciada, seu saber menosprezado, sua iniciativa reprimida e ele é considerado como "página em branco", onde novas idéias e conhecimentos de origem exógena são imprimidos. O que importa é integrar ao objeto o indivíduo, reforçando o caráter normativo institucional construído a partir de prescrição de comportamentos e de saberes que provoquem a fixação de estereótipos.

Desta forma, a Educação em Saúde torna-se uma instância quase que exterior ao homem, pois de fora dele e de sua realidade concreta, ela visa o seu ordenamento pelas prescrições normatizadas, a fim de garantir o equilíbrio permanente. Oculta as diferenças biológicas, psicológicas e culturais, procurando garantir a integração de todos no corpo político-ideológico dos serviços de saúde.

Neste contexto, a Educação em Saúde interfere e se impõe muitas vezes, quase de forma absoluta no cotidiano do corpo social dos usuários, ensinando à população, certas práticas, formando e fixando conceitos de saúde e de normalidade de corpo e mente, infundindo-lhe representação de vida coletiva, baseando a saúde numa concepção de regras, exercícios, hábitos, atitudes. A saúde assim, não é produto de relações sociais históricas, situadas e específicas e sim, fruto de boas atitudes e de bons hábitos desenvolvidos pelo homem em relação ao seu corpo e ao meio ambiente social.

Realizada de forma unidirecional, prescritiva e antidialógica, tentando verticalmente substituir procedimentos empíricos das pessoas por procedimentos técnicos, a Educação em Saúde pouco tem contribuído para a transformação mas sim, para a manutenção, a reprodução de uma ordem estabelecida. Nas relações saúde-educação, ela não chega a considerar que o viver cotidiano dos seres humanos "exige estratégias criativas de sobrevivência e um elaborado saber em saúde", feito pelas experimentações e enfrentamentos do dia a dia, transmitido oralmente de geração a geração. (VASCONCELOS, 1991, p.127).

Ao analisar a história das práticas educativas da Educação em Saúde no Brasil, OSHIRO (1992), apontou para o fato de que na maior parte do tempo e nas mais variadas instituições que foram sendo criadas para desenvolver a Educação em Saúde, o projeto educativo para a saúde não se descolava do projeto hegemônico da Medicina, constituindo-se como um conjunto de práticas autoritárias, normalizadoras e disciplinadoras de condutas.

L'ABBATE (1992), ao analisar a questão do direito à saúde, a partir da visão dos prestadores e consumidores de serviços de saúde em Campinas e, considerando este princípio como, ao mesmo tempo: instituído e instituinte de práticas de saúde no âmbito do projeto de reforma sanitária em direção ao Sistema Único de Saúde (SUS), concluiu que a constituição efetiva deste direito dependia não apenas de mudanças estruturais com relação à Política Nacional de Saúde em seus vários âmbitos, como a dotação de verbas e a reorganização dos serviços, como também da transformação da relação cotidiano dos profissionais de saúde com a clientela, considerada não mais como carente, mas como sujeito de direitos.

Para tanto, importa interpretar a Educação em Saúde como mediação de um projeto social transformador, no qual, a intencionalidade das relações cotidianas dos profissionais de saúde com a clientela é a transformação, o **ser mais** dos



usuários pela compreensão da saúde como efeito de situação histórica específica e como matéria mais de socialização do que de ensino.

A Educação em Saúde, para LUZ (1980), deve existir como um conjunto de condições partilhadas, como prática coletiva de decisões discutidas, como possibilidade de construção e reconstrução contínua do cotidiano, da sociedade e da saúde, como vida comum que avança, que não é contida, estancada, reprimida... Estas condições supõem uma concepção de saúde, de Educação em Saúde e de homem pelo enfermeiro, além de uma compreensão da amplitude da prática de Enfermagem como uma presença do humano cuidando para além do nosológico; como um contexto produtor de saberes quanto a padrões de saúde.

Considerando-se todos estes aspectos refletidos, bem como, minha experiência docente e em serviços de saúde, propus-me a desenvolver uma prática educativa de enfermagem que considerasse essenciais: o sujeito que aprendia, o objeto a ser apreendido, o conhecimento resultante da interação entre o sujeito e o objeto, o enfermeiro como facilitador do processo.

Na Educação em Saúde, que busquei desenvolver, considerei as mulheres em gestação como seres concretos, multidimensionais pelas suas matrizes biológica-social-cultural, interativas e capazes de transcender e o enfermeiro como um facilitador do processo de construção de padrões de saúde e de transcendência, como um homem significador.

Seu objeto a ser apreendido constitui-se das necessidades de aprender ou compreender **significados** da condição da mulher em gestação. Saberes e vivências de cada uma e de todas quanto ao processo da gestação, do parto e da maternação ofereceram as bases para Educação em Saúde, bem como, para o seu objetivo; partia assim do cotidiano dos seres humanos envolvidos e para eles retornava. O processo de aprendizagem nesta Educação em Saúde, implicou em se proporcionar uma compreensão do fenômeno da gestação no corpo da mulher e nas relações desta com o mundo, a fim de **re-significar** suas vivências. Pode-se afirmar

que ao longo dos encontros com o "**GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA**", evidenciou-se mais e mais o pressuposto de que a Educação em Saúde é, de fato, espaço de **re-significação** do homem e de suas vivências.

Compartilhando-se pelo diálogo, seus saberes e suas vivências ou lançado mão de seus conhecimentos técnico-científicos para aprofundar a descoberta de **significados** em torno de um tema e para repor novos aspectos ao diálogo, o enfermeiro nela pode colaborar à co-criação de valores, imagens, expressões lingüísticas e à mobilização do homem para novas direções consigo mesmo e para com seu cotidiano. Através da experiência do diálogo, esclarecendo significados de situações, os seres enfermeiro-cliente transcendem os desafios de "**vir-a-ser-com-os-outros-no-mundo**".

A Educação em Saúde, se dá portanto pelo diálogo e pela troca de saberes, onde se estabelece o intercâmbio entre o saber científico e o saber popular, com o enfermeiro e usuários tendo muito a ensinar mas também a aprenderem entre si.

FREIRE (1993, p. 79) acredita que "o diálogo é uma exigência existencial que permite ultrapassar o imediatamente vivido e que solidariza o agir e o refletir de seus sujeitos voltados para o mundo".

Este diálogo, na Educação em Saúde, não pode, todavia, ser entendido como um jogo de perguntas e respostas, nem como uma troca de impressões pessoais sobre um tema ou uma situação de questionamento. Ele implica num adentrar no assunto para analisá-lo em seus vários aspectos e faces, a fim de compreendê-lo para recriá-lo. Isto requer deixar de lado a postura técnico-científica formal para ir ao encontro do outro, sem, todavia, esquecer que se é um profissional que está **sendo com**, que se tem uma intencionalidade com o outro, que se precisa controlar o ímpeto de ensinar para permitir-se ouvir as pessoas e com elas aprender.

A experiência vivida por mim, demonstrou que elementos como empatia, presença, autenticidade, disponibilidade para trocar experiências e saberes, calar e ouvir, comprometimento, ausência de atitude apriorista, confiança, preservação da

integridade, transparência e da individualidade do outro, são atributos necessários ao enfermeiro se ele quiser realmente encontrar o outro pelo diálogo, buscando compreender as pessoas a partir dos **significados** de sua vivências, através de seus papéis, comportamentos, estilos de vida, visão de mundo, que consolidaram o seu viver-com-os-outros-no-mundo.

Aprender a participar do diálogo sem manipulá-lo, contendo a postura de ensinar, mediando a negociação entre os saberes popular e técnico, foram dificuldades que para superação, exigiram-me esforço e dedicação durante os encontros. Superar posturas enraizadas pela conserva cultural da formação e do exercício profissional requer obviamente muita perseverança. Neste exercício de participação, aprendi também a diferenciar situações e perguntas que podiam e deviam ser problematizadas das que podiam ser respondidas diretamente, como: *"o que é o tétano neonatal?"* e *"por que na gravidez a mulher urina pouco e mais vezes?"*

Para os momentos de discussão no grupo, o encontro entre saberes técnico-científicos e popular, ocorreu numa atitude de não se impor um ao outro, mas de desvendar os significados possíveis que a situação a esclarecer, a compreender, comportava. Deste encontro, sempre um novo saber resultava, mostrando-se re-criado, re-inventado, com chances de incorporação ao cotidiano das mulheres em gestação, como ficou demonstrado em falas como estas:

- *"Ah, o medo que eu tinha de ferir o bebê na relação sexual me deixava então tensa. Não conseguindo ficar molhada, eu sentia dor. Aí vinha minha falta de prazer na relação com meu marido!"* (Violeta: Oficina sobre Relações Sexuais na Gestação).

- *"Eu mudava muito de humor na gravidez de meus filhos, ficava alegre e de repente baixava uma tristeza também. Isto era assim de uma hora para outra, sem motivo. Então seria por causa dos hormônios e não tanto por essa coisa que mulher esperando bebê é nervosa, fica com o gênio mudado". (Rosa: Oficina sobre A Gestação e nossas Relações Familiares).*

O compartilhamento de saberes e experiências entre pessoas que vivenciam situações semelhantes, somando ao saber técnico-científico do enfermeiro, permite à mulher em gestação, refletir sobre suas questões de corpo, de gestação e processo vivencial, aumentando a compreensão de si e do mundo, o que lhe permite **re-significar** valores, sentimentos, atitudes, linguagem, criando, re-criando formas de enfrentamentos para com as situações do viver cotidiano.

A Educação em Saúde pode assim ajudar ou colaborar para a criação de padrões e direções individuais do homem, despertando-lhe a consciência de sua própria força e de seu poder de **re-significação** e transformação.

Para FREIRE (1991), ela é uma reposição ao ser humano que pensa, que fala, que sonha, que ama, que odeia, que cria e recria, que sabe e ignora, que afirma e que nega, que constrói e destrói, que é tanto o que herda quanto o que adquirir, no centro de suas preocupações.

Esta reposição do homem que se dá pelo espaço da discussão, diálogo e da análise das experiências vividas e que se vive, coaduna com o que PONTES (1988, p. 22) entende como Educação em Saúde: "processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas de seus problemas e ao mesmo tempo criar uma prontidão para atuar em sentido da mudança, na medida em que se apropriam de conhecimentos e práticas importantes para sua autonomia de ação".

MOSQUERA & STOBBAUS (1983), nesta linha de valoração, assinala que a Educação em Saúde faz parte de um todo que é aprendizagem de melhores formas de ação para com os próprios desempenhos, levando o sujeito a um auto-

conhecimento melhor. Este conhecimento de si, de seu corpo, junto a uma melhor percepção de aspectos, até então ignorados da realidade, permitem ao homem compreender mais criticamente as situações inerentes ao seu corpo e ao seu cotidiano, dando-lhe o desejo de novas ações para ultrapassá-las, para transcendê-las.

A vivência dialogal na Educação em Saúde pode resultar no que SILVA (1992, p. 37) afirma "uma aprendizagem para a vivência individual e para a convivência com outros homens e com o meio ambiente". A atitude de reinterpretar a si e ao contexto cotidiano leva o homem a perceber-se e a perceber os outros, a identificar recursos a que tem direito e acesso; a estabelecer outras formas de relações sociais frente às situações do seu cotidiano; a compreender que as ações humanas são resultantes das crenças, valores, experiências de cada homem, bem como, do contexto cultural histórico.

Esta percepção abre caminhos à cidadania, à participação e à emancipação do homem. Encorajar as pessoas a expressarem suas opiniões, críticas e sentimentos ao que é vivenciado por elas, favorecerá nelas a consciência da possibilidade de mudarem sua realidade. Por outro lado, identificar, questionar e levantar alternativas do que é vivido no cotidiano, propiciará no refletir a atitude de não se aceitar as condições e situações deste cotidiano como estabelecidas, corretas, inquestionável. A Educação em Saúde, pode assim ser considerada como uma prática social, histórica, política que se processa com vistas a contribuir para a emancipação do homem, dado seu relativo poder de transformação.

Considerada como um processo de desenvolvimento ao "vir-a-ser" da mulher em gestação para transcender os possíveis do cotidiano e para "um ir além" nas situações do existencial, a Educação em Saúde foi, neste estudo, um trabalho realizado com as dimensões: afetiva, intelectual, ética, corpórea e de senso avaliativo da mulher-gestante.

Estas dimensões são apreendidas pelo enfermeiro ao se conduzir o caminho à mobilização para o **re-significar**, no qual, as mulheres gestantes usam o seu pensar, falam do seu sentir e atuam sobre o objeto do conhecimento em consideração, pelo seu fazer.

Pela compreensão dos significados de corpo, maternação, sexualidade, parto, relações de gênero, direitos, etc..., esta Educação em Saúde visou criar condições para as mulheres em gestação conquistarem saúde. Estudos feitos têm apontado que a saúde é padrão que o homem cria com o mundo; é processo dinâmico individual de transcender os possíveis e de estar participando incessantemente no cotidiano de cada situação histórica. Entende-se este conceito pelo estar-sendo, pelo estar-pensando, pelo estar-fazendo na experiência multidimensional do viver, mediatizada pelo intercâmbio de **significados** do homem com o ambiente. Vale destacar neste sentido que PARSE (1981, p. 33), já definia saúde como "processo emergente do homem pela sua interação com o ambiente, em direção a maiores complexidades que caracterizam o seu desdobrar-se neguentropicamente". A saúde, para ela é uma síntese de valores que é experienciada pelo homem e só pode ser descrita por ele. Considerando que a saúde resulta da maneira como o indivíduo se pensa e como organiza seu cotidiano, a Educação em Saúde, para poder promover transformações com relação aos desempenhos do homem em direção a mais qualidade de vida será trabalho de **re-significação**. Esta **re-significação**, decorre, lembrando REZENDE (1990, p. 36) de uma "espécie de volta às próprias coisas para redescobri-las num encontro original". Neste sentido, supõe a consciência perceptiva do sujeito pelas suas imagens, valores e linguagens de mundo na direção de reinterpretar a si e ao seu cotidiano. Mudanças e transformações concorrentes ao ser saudável na gestação podem ser atingidas pela **re-significação**, a qual, permite a apreensão, o entendimento, a explicitação e a recriação desta realidade - a **gestação** - no corpo e nas relações da mulher.

A gestação tem uma situação bio-psico-social fundamentalmente diferente em significados, para aqueles que a vivem. Cada gestante tem sua lógica interna quanto ao processo gestacional, a qual, o enfermeiro deve procurar conhecer para que sua prática assistencial, sob dimensão educativa, venha responder a objetivos concretos e conseqüentes. No **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, foi possível perceber resultados deste trabalho de **re-significação** pertinente ao corporal, à percepção dos papéis de gênero, à cidadania e a enfrentamentos.

## 8.2. O "SER MAIS" CIDADÃO EM CORPOREIDADE, PELA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ao realizar a Educação em Saúde pelo diálogo x percepção x desvelamento das situações, o enfermeiro possibilita que a gestante se redescubra em seus significados de corporeidade, identidade, auto-imagem e auto-estima. Ao se trabalhar com questões de papéis de gênero e modificações do corpo grávido pelas suas alterações bio-psico-sociais, pode-se conduzir a gestante a uma outra forma de percepção e relação consigo mesma. Do senso crítico destas questões nasce uma maior consciência de si mesma e uma maior experiência global com seu corpo.

Para SZMRESCSÂNYI (1988), o homem, ao aprender usar e relacionar-se com seu corpo, ele incorpora uma nova forma de sentir, pensar e considerar-se .

As mulheres do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"** ao passarem a entender as questões da fisiologia da gravidez, começaram a se preocupar com o corpo em termos de cuidados com as estrias, as varizes, os seios, o funcionamento dos intestinos, solicitando que se discutisse no grupo a questão das alterações de humor da mulher gestante e que se lhes proporcionasse antes de cada oficina, alguns minutos de relaxamento. Percebe-se uma busca ao **ser mais** cidadão em termos de corporeidade, pelas seguintes colocações:

- *"Ah, eu consigo agora ler os pedidos de descanso de meu corpo. Deixo de lado meu papel de cozinheira, limpadeira e vou cuidar dele, sentando, erguendo minhas pernas, respirando fundo para dar mais oxigênio para mim e meu bebê". (Margarida).*
- *"Estou buscando diminuir o uso do cigarro, já deixei de usar meias apertadas. Estou tentando agora dar mais atenção para meu intestino funcionar, buscando andar, tomar água". (Papouia).*
- *"Agora que realmente sei o que está acontecendo com meu corpo, fico mais calma. Me observo mais e acho que me cuido mais". (Rosa).*

SIMÕES (1994) denuncia, num alerta vigoroso, que os significados de corporeidade construídos pelas ciências, mostram a visão do conhecimento racional e científico do corpo, o que nem sempre corresponde à corporeidade vivida no cotidiano das pessoas. Os valores do rigor e da neutralidade presentes nas ciências modernas, em muitas ocasiões, impediram a busca do significado da corporeidade socializada e vivenciada.

SANTIN apud SIMÕES (1994, p. 10), menciona que "a compreensão da corporeidade, através de conceitos e definições de manuais, precisa ser completada pela observação das imagens do corpo que se constróem no imaginário social que, em última instância, são as que determinam a vivência corporal".

Buscando-se aprofundar reflexões na direção do corpo-sujeito, vivido, existencializado de forma individual e subjetivo, para que o mesmo fosse abordado em sua globalidade, debateu-se as questões da auto-imagem e da auto-estima. Entendendo melhor o corpo grávido, a mulher gestante passa a ter outra representação do mesmo, mudando sua forma de se ver, ou seja, sua auto-imagem e acaba assim, desenvolvendo ou realimentando a auto-estima, dando-se mais



valor. Parece que a essência se dá uma potencialização a seu poder vital e se torna mais cidadã consigo mesma.

MAC KAY & FANNING apud MATARAZZO (1994, p. 128) citam que "todos nós temos uma forma de nos olharmos. As lentes muitas vezes podem estar fora de foco e fazer com que a pessoa se veja aumentada ou diminuída. Pode-se estar bloqueado e assim, não se ver a si mesmo nem sua realidade". Cabe à Educação em Saúde ampliar a consciência de contacto da mulher gestante com seu corpo, no sentido de ela se compreender, se aceitar, de se dar mais identidade, uma vez que, é através do corpo que se manifesta a vida e a presença de cada homem no mundo.

Verificou-se que as sensações negativas com o corpo, julgando-o feio, incapaz, pesado, lento, mascarava nas mulheres gestantes o aspecto mais positivo que é o viver ou estar corporalmente vivo. Neste sentido, a Educação em Saúde, visou um **ser mais** da mulher gestante no sentido de se **re-significar** o olhar para com o corpo, entendendo-o como fonte de experiências significativas como veículo de comunicação e expressão do ser no e com o mundo. Nesta perspectiva, buscou-se refletir a questão da imagem corporal construída pelos modelos e valores culturais vigentes que anulam anseios, imagens reais do corpo, gerando sensações de incapacidade, para se viver a gestação de forma mais viva e atuante pelo corpo. Através do processo de Educação em Saúde, o enfermeiro pode possibilitar que os indivíduos e grupos examinem as bases culturais e sociais de suas vidas, enquanto condições favoráveis ou adversas à sua saúde, desenvolvendo habilidades para o enfrentamento das condições de vida também.

### 8.3. O "SER MAIS" CIDADÃO EM ENFRENTAMENTOS PELA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na atualidade, a sobrevivência humana é repassada por uma multiplicidade de fatores que conferem complexidade ao processo de viver e lhe requer enfrentamentos. Disto advém frustrações nos desejos humanos em seus projetos de vir a ser. Isto também impõe a necessidade de se **re-significar** o mundo da vida pelas suas relações, num exercício de reflexividade para se vislumbrar soluções, decisões, posicionamentos, reorganização e revitalização do homem e de seu meio.

A arte para sobreviver pressupõe a ciência do enfrentamento, ou seja, um mover-se da experiência atual para novos atuais. Enfrentamento e emoção são elementos integrantes nas relações da mulher gestante consigo mesmo, com a família, com o mundo. Tem se visto que estas relações, além de biológicas, são também sociais e culturalmente instituídas.

No decorrer do trabalho com o **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, percebi que os enfrentamentos cotidianos das mulheres do grupo se davam num contexto, no qual, a vontade delas, os filhos, as necessidades da casa e o marido, estabeleciam situações que exigiam potencial criador para se superarem nelas. Confirmou-se, pelas discussões do grupo, que no processo de gestação, os enfrentamentos face às alterações fisiológicas do próprio corpo e às relações familiares, são modelos de ação resultantes da interação de trocas com pessoas do núcleo familiar: mãe, sogra e irmãs, que já passaram por este período e assim, significam as emoções, os recursos e as estratégias necessárias para a modificação das situações que aí se colocam. Estas modificações, todavia, pareciam ser mais fáceis de se dar quando se tratava de ações dirigidas para o corpo biológico da mulher. Quando se destinavam à reversão das relações homem-mulher, esposa-marido dentro do lar, pareciam não confluir sempre para as expectativas desejadas das mulheres do grupo. Isto se explica pela própria inserção da mulher na

sociedade às custas de uma educação de gênero, que historicamente lhe conferiu características de subalternidade, dependência, subordinação e inferioridade. Estes condicionamentos refletem-se no comportamento da mulher dentro do lar, influenciando suas formas de enfrentamento no cotidiano, fazendo-a forte e decidida com os filhos, frágil e submissa com o marido.

A necessidade do diálogo entre marido e mulher foi uma questão bastante debatida na oficina "Gestação e relações familiares", surgindo ele, neste contexto, como uma forma de entendimento, como um instrumento para se dar transparência às situações no sentido de se obter mais compreensão para se buscar soluções e melhorar a relação familiar. Disseram desta questão, por um diálogo assim:

- *"Eu não entendo porque meu marido fica emburrado quando entra em casa. Eu até queria saber o motivo. Ele não fala, não é de conversa. Um dia chegou assim, olhou para minha barriga, ficou com cara brava e me deu um chute. Chorei muito, não tinha com quem conversar..." (Violeta).*
- *"Se ele não falava, por que você não puxou conversa para saber porque ele fazia isto? " (Papoula)*
- *"É, muitas vezes o homem não dá ladinho para isso. A gente até tenta chegá, mas ele acha que está tudo bem, que está tudo certo, que não está faltando nada em casa, pra me conversar. Ah, eu teimo e digo pra ele: ô pai! precisamos conversar sobre uma coisa que quero saber. Então me sento do seu lado e começo a falar. Mas, a gente precisa mesmo é saber como fazer. Cada um tem um jeito". (Jasmim).*

Pode se perceber aqui, a valorização do diálogo como um dos elementos básicos para a relação conjugal no caminho dos seus enfrentamentos decorrentes, buscando entender-se as diferenças do homem e da mulher quanto ao mesmo. Esclarecendo significados quanto aos estereótipos dos papéis feminino e masculino

para legitimar as condições de gênero, o enfermeiro pode contribuir pela Educação em Saúde, a que a mulher gestante olhe esta questão sob o enfoque de sua construção cultural e assim, desenvolva formas de enfrentamento ao seu cotidiano.

Para CUNHA (1991), um pré-natal deve carregar em seu bojo, um trabalho de prevenção das desarmonias conjugais e familiares, que são comuns no período gestacional. Além das questões de enfrentamentos relacionadas sobretudo com o marido, as mulheres do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"** fizeram referências de enfrentamento à situações relacionadas com o cuidado dos filhos, o manejo da vida doméstica e a maternidade.

A gravidez e o parto definem-se, muitas vezes, como crises à mulher, pois implicam numa **re-significação** da identidade, da relação familiar, da situação sócio-econômica, como se verificou pelo diálogo com e no grupo:

- *"Ser grávida não é muito fácil. Sinto que não posso ser ligeira como era antes. A barriga, o corpo pedem que eu use outras roupas, que eu faça então gastos com isto e com o enxoval do bebê. Preciso agora ter cuidado para andar de ônibus, para andar e não tropeçar e cair. Sinto mais pesada, mais inchada no meio da tarde. Quero dormir então, mas minha filhinha quer que eu brinque com ela". (Papoula).*
- *"E como você enfrenta isto tudo?" perguntei.*
- *"Eu tento acreditar que isto é passageiro e que foi assim da outra vez. Faço as coisas de casa mais devagar. Resolvi ter dois vestidos largos, soltos, folgados, sem luxo; são simples. Ganhei de minha irmã algumas roupas do seu último bebê. Tudo bem né. No ônibus é que ainda fica difícil enfrentar o problema de ter muita gente. As esperas, mas fazer o quê? É, é assim mesmo." (Papoula).*

- *"Só que não desça do ônibus correndo. Vá devagar porque no nosso caso, o motorista tem que esperar. Se não fizer isto, reclame para a empresa". (Rosa).*

Envolvidas nestas situações do cotidiano, as mulheres em gestação buscam enfrentar, com certa naturalidade, as limitações decorrentes das modificações corporais, que convergem para o desconforto físico e a incapacidade de desenvolver atividades com mais rapidez.

A preocupação em prevenir nova gravidez é outro aspecto da realidade feminina que reassegura enfrentamento. Nesta preocupação, surge como solução a realização da laqueadura, que por deparar com certas exigências médico-legais, frustra o desejo das mulheres nas suas possibilidades de acesso a este método, sendo abandonado em favor da pílula. Para SCAVONE (1985), esta preocupação revela a face da negação da maternidade, traduzindo a possibilidade de as mulheres superarem o fatalismo biológico, evitando filhos, desvinculando a sexualidade da reprodução. Parece que este outro lado decorre do reflexo das dificuldades financeiras, mas talvez também do trabalho que o ser e estar como mãe exige ou de outras interdições subjetivas que não se revelam por força do medo, das infra-estruturas sociais que condicionam os papéis femininos.

Cabe à Educação em Saúde, gerar nas gestantes uma consciência de corpo e de processo vivencial que pela análise de valores, imagens e expressões lingüísticas as ajude a tomarem para si a organização de sua condição individual e coletiva, transcendendo os possíveis ao seu **vir-a-ser**, ao seu **ser mais** na interação consigo e com o meio.

A oportunidade da Educação em Saúde **re-significar** bio-psico-socialmente a gestação, dá à mulher a possibilidade de analisar seus medos, desejos, sentimentos, idéias, relações, e assim poder fazer escolhas de manejo das situações fundamentais de sua condição e de seu cotidiano. Contribuir à

capacidade de a gestante poder pensar sobre si mesma, poder perceber o que acontece no seu corpo físico, psíquico, social, e reencontrar-se pelas suas relações nas experiências de vida, deve ser a atuação do enfermeiro na dimensão de desenvolver naquela o exercício do enfrentamento, possibilitando a fluidez de suas potencialidades.

O grupo tem, ao meu ver, uma situação importante no processo de desenvolvimento do enfrentamento. Nele, as situações trazidas em confiança, são discutidas, analisadas, identificando-se recursos possíveis para enfrentá-las. Tornando-se coletiva uma situação, há no grupo a percepção de que ela não é única e somente vivenciada pela sua autora, mas é comum no viver de outras mulheres. Experiências outras a ela se acrescentam, se trocam, se somam, abrindo descobertas de significados variados ao seu enfrentamento.

A dimensão prática do trabalho de Enfermagem neste sentido, é para PARSE (1981), a de esclarecer o **significado**, mostrando a verdade pelo desvelamento do que foi, é e será, tal como ele aparece atualmente, partilhando-se na relação, pensamentos, sentimentos, modificando o significado de uma situação. O desvelamento (a-letheia) consiste em buscar descobrir (des-cobrir). Para PARSE (1981), a prática da Enfermagem deve ser inovadora, criativa e orientadora ao esclarecimento do **significado** e à mudança das pessoas para "além do que elas são". Assim, idéias e ações podem ser objetos de **significação** ou **re-significação** da realidade pessoal que encarna tudo àquilo que a pessoa é, tem sido e se tornará. Neste movimento de co-criação da realidade da mulher em gestação, estão também os enfrentamentos relativos à sua cidadania e que visam o seu **ser mais** em questão de posicionamento face a seus direitos.

#### **8.4. O "SER MAIS" CIDADÃO NAS RELAÇÕES COM OS SERVIÇOS PELA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Pode-se dizer que da concepção à gravidez, desta ao parto e deste ao puerpério, um verdadeiro ciclo de relações de cidadania, sobretudo com os serviços de saúde, se fecha em torno da mulher. O direito aos exames de controle, às consultas médicas, às consultas e/ou atendimentos de Enfermagem, ao leito maternidade, às informações e afirmações da subjetividade da mulher em gestação, aí se põem diretos, sinalizando a questão da cidadania, a qual, se estabelece nas relações com os serviços de saúde. Paradoxalmente a estes direitos, tem-se, no entanto, a baixa qualidade da assistência prestada, a pobreza das mulheres e as dificuldades delas em se organizarem e exigirem respeito e cumprimento dos serviços públicos quanto àqueles direitos.

MINAYO prefaciando para NOGUEIRA (1994, p. 15), ressalta que por não serem constituírem num "sujeito coletivo" e sim em usuárias individuais do sistema, as futuras mães sofrem, sobretudo, os reflexos de uma política de insegurança social.

Para esta autora, as gestantes são "atores sociais que agem mais por resistência e negação que por positividade nas propostas, as futuras mães falam, através do silêncio, da insatisfação e da ausência sobre a angústia e a insegurança de que são vítimas. E, apesar da exclusão social - do hospital, da escola, da empresa, dos espaços de moradia - novas existências continuam brotando".

Parece haver uma associação entre uma práxis institucional marcada pela violência e pelo descaso; uma práxis profissional de saúde empobrecida por vários motivos, entre eles, a falta de visão e experiência multiprofissional; as atitudes e comportamentos de pouca reivindicação das mulheres por mais quantidade e qualidade da atenção pré-natal.

Este caos, em questão de cidadania, afeta sobretudo, mulheres de baixo nível sócio-econômico e de grau de escolaridade reduzido. Estas, vale lembrar, representam a maioria da demanda dos serviços públicos de saúde de nosso país.

Entende-se que a cidadania é algo que se constrói no processo de viver, através das relações sociais, e, cuja conquista, se dá por um processo educativo (SAVIANI, 1986) no qual, o conhecimento dos direitos e deveres de cidadão e dos fatores determinantes das condições de relações com o meio são elementos colaboradores ao **ser mais** dos homens. Diante da compreensão de seus direitos a uma assistência de qualidade, as mulheres podem passar a ter outras vozes e outros movimentos para conquistarem saúde e vida, trazendo a par destes movimentos, mudanças nos sistemas, estruturas e instituições sociais de seu meio. Constitui-se o cotidiano da construção de **significados** pela experiência e pela interpretação do ser humano ao que ele reconhece como realidade no seu processo existencial.

No **ser com** junto às instituições e serviços de saúde, o homem pode encontrar recursos e formas para lutar pelos seus direitos, aprendendo a covalidar o uso da liberdade e da responsabilidade pela própria existência. No processo de Educação em Saúde feito pelo interativo do diálogo e da reflexão, enfermeiro e mulheres gestantes tem, pelas trocas de saberes culturais, a possibilidade da compreensão crítica das relações que conduz ao exercício da cidadania. Deve, porém, o enfermeiro, considerar que esta prática é como a de alfabetizar pessoas, visto que estas, em termos de cidadania, foram intencionalmente educadas para se verem com muitos deveres e poucos direitos. Essa percepção cultural legitimou, sobretudo, na mulher, um estilo de **ser com** não reivindicatório, não participativo, submisso, receptivo. Muito limitada por esses traços característicos que a ideologia, baseada na diferença dos gêneros, criou, a mulher quase não cria em absolutamente nenhum terreno, sua devida cidadania.



A gestante Rosa, do "**GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA**", em uma das discussões desenvolvidas, colocava: *"já fiz pré-natal em uma unidade de minha cidade. Ah, não tem diferença nenhuma. Os médicos são a mesma coisa. Chegam atrasados, atendem depressa e a gente fica na mesma. Então... dá no mesmo"*. Deste mesmo grupo, outra gestante, Papoula, dando voz à sua insegurança para com a hora do parto, comentou em certa discussão: *"Ah, meu Deus, será que no dia de eu ter meu bebê, o hospital estará cheio? A gente tem que chegar já com dilatação, senão eles mandam voltar pra casa e esperar"*.

Pelo que se pode ver, a Educação em Saúde, para trabalhar a percepção da mulher de que ela é um sujeito social, que é cidadã responsável pela história de seu cotidiano, deverá promover o resgate do "feminino" pela análise crítica do que foi, do que é e do que deverá ser sua realidade de gênero.

Para GOHN (1992), a cidadania se constrói é no debate do cotidiano, através do processo de identidade político-cultural. Assim, a conscientização da mulher gestante quanto ao seu papel histórico é fundamental para que se efetivem mudanças em suas relações nas esferas privada (família) e pública (instituição). Daí a importância também dos espaços que se prestam à atenção integral da saúde da mulher se organizarem melhor para esclarecer **significados** que mobilizem ao exercício e à ampliação dos direitos.

É nessa abrangência que então, o conceito de cidadania poderá emergir e se definir segundo DEMO (1993, p. 70) como "uma qualidade social das sociedades organizadas que outorga aos seres humanos que nela convivem, direitos e deveres legalmente reconhecidos, dos quais, os deveres são, por força da lei, cumpridos e os direitos são conquistados à medida que os seres humanos tomam consciência deles, percebendo criticamente a si mesmos e ao mundo no/com o qual são e estão fortalecendo-se para exercê-los".

Assim, trabalhando com questões de direitos inerentes ao ser humano, o enfermeiro, em sua prática educativa, enfrentará vários desafios, como o de assumir

sua cidadania, o de reconhecer a cidadania do outro e o de construir esta prática no sentido de que ela venha **re-significar** papéis e estruturas sociais pelo ético, pelo humano, pelo social comprometido, indo-se com o homem para um além do que se é. Por conseguinte, a prática educativa desenvolvida com o "GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA", pode não ter conduzido a uma cidadania que tornasse suficiente por si só para garantir resoluções individuais em termos de direitos nas relações das mulheres gestantes com as instituições de assistência à gestação e ao parto, mas foi um ponto de partida para um processo de mudanças da percepção de seus elementos como sujeitos sociais e históricos do seu cotidiano.

#### 8.5. RECONSIDERANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE À GUISA DA TEORIA DE PARSE.

A idealização deste trabalho veio da consideração de que a Educação em Saúde é por excelência um espaço à uma prática assistencial de enfermagem sob dimensão educativa, onde o enfermeiro e os usuários dos serviços de saúde podem se encontrar e na interação estabelecida podem co-criar a realidade individual e/ou coletiva de Homem - Saúde - Vida.

Consentida a possibilidade do **ENCONTRO** do homem cuidador com o homem cuidado, se torna possível também o encontro dos saberes e das experiências construídas no processo vivencial da existência.

*Por que não aproveitar o tecido da diversidade destes saberes e experiências e ampliar no mútuo, no recíproco, no simultâneo dos contactos, a dimensão dos homens e de suas relações com o meio? É de se perguntar. Esta questão aponta, é claro, para uma prática de Enfermagem mais intersubjetiva com pessoas, elegendo suporte de uma teoria de referência que matrize um modelo satisfatório de*

interativo humano. "HOMEM VIVENDO SAÚDE" de Rosemarie Rizzo PARSE (1981) é uma teoria de referência peculiar a uma prática do enfermeiro com grupos de Educação em Saúde. Postula uma concepção de Enfermagem fundamentada nas ciências humanas, com uma visão de homem unitário, simultâneo mútuo, inter-relacionando-se com o meio, co-criando saúde como entidade de transformação e expansão de seu próprio crescimento.

Fundamentando-se no Paradigma da Simultaneidade, onde o homem é entendido como ser unitário em inter-relação contínua e simultânea com o ambiente e a saúde é expansão neguentrópica, a autora conceitua **homem, ambiente, saúde e enfermagem** da seguinte maneira:

a) **homem** - *ser aberto, mais do que a soma das partes e diferente delas, em intercâmbio recíproco e simultâneo com o ambiente, escolhendo dentre opções e arcando com a responsabilidade pelas escolhas. O homem é co-criador de padrões de relações com o ambiente e é reconhecido por esses padrões. **Homem e ambiente** são inseparáveis, cada um co-participa na criação da experiência do viver. (p. 25)*

b) **saúde** - *processo aberto de vir-a-ser, vivenciado pelo homem, como processo ritmicamente co-constituente da inter-relação homem - ambiente; padrões humanos de relacionar prioridades de valor; processo intersubjetivo de transcender os possíveis; desdobramento neguentrópico do homem unitário. Os possíveis são oportunidades, possibilidades do contexto das situações vividas pelo homem. (p. 25)*

b) **enfermagem** - ciência e arte que utiliza um corpo de conhecimentos a serviço das pessoas. Sua responsabilidade é orientar famílias, indivíduos quanto as escolhas das possibilidades no processo de promoção da saúde. É inter-relação **sujeito x sujeito**, é presença de amor e verdade em relação ao "outro", promovendo qualidade de vida. (p. 81)

A Educação em Saúde desenvolvida com o "**GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA**" foi um processo educativo marcado pelo encontro de homens interativos, portadores de saberes e experiências de cotidianos, construídas com o ambiente, capazes de "ir além com os outros e com o ambiente", pelo diálogo contextualizado em idéias, valores, imagens e expressões lingüísticas. Neste processo, os homens - enfermeira e mulheres gestantes - procuraram significar e re-significar situações do ser mulher, do ser mulher gestante, buscando no intercâmbio estabelecido transcender os possíveis, criar novos padrões de saúde pelo **ser mais** quanto às questões de corporeidade, papéis, enfrentamentos e cidadania.

No interativo entre a enfermeira e as mulheres gestantes, buscaram ambas uma apreensão mais complexa do mundo e do homem, com vistas a novas apropriações, face ao projeto de vir-a-ser de cada um no exercício da arte de viver seus cotidianos. Neste interativo dado, via um processo educativo, o relacionar prioridades de valor em termos de **Homem-Saúde-Vida**, foi fundamental para um desdobramento neguentrópico (maior complexidade pela diversidade dos significados) da enfermeira e das mulheres gestantes, respeitando-se as opções feitas por todas, uma a uma.

Utilizando a ciência e a arte de um corpo de conhecimentos, o enfermeiro faz da Educação em Saúde, um processo interpessoal de covalidação do crescimento e desenvolvimento humano, pois a caracteriza como relação intersubjetiva,

intencional e integralizadora de um universo multidimensional de possibilidades à **significação** e/ou **re-significação** do homem e de seu cotidiano. Vale repetir que a Educação em Saúde é o espaço para as pessoas trazerem e compartilharem representações a respeito do que conhecem para conferirem sentido, interpretações ao que conhecem, criando significados. Com estes, poderão elas revelar as coisas que existem e como existem, poderão criar outras que não existem, o que lhes possibilitará tornarem-se mais complexas e diversificadas. Com isto, poderão ampliar sua presença na esfera das idéias, dos conhecimentos, dos fatos, dos valores no seu cotidiano.

Pode-se supor assim que, *neste universo de ser e estar, o homem venha estruturar o significado multidimensionalmente co-criando a realidade através da expressão lingüística dos valores e das imagens* - primeiro princípio da teoria "HOMEM VIVENDO SAÚDE" de PARSE.

Neste primeiro princípio de sua teoria, PARSE (1981, p. 42-47) inter-relaciona os conceitos de **imagem, valor, expressão lingüística, co-criação e multidimensionalidade**, compreendidos pela teorista desta forma:

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>co-criação</b>            | participação do homem/ambiente na criação do padrão de cada um.         |
| <b>multidimensionalidade</b> | vários níveis do universo que o homem vivencia simultaneamente.         |
| <b>valor</b>                 | crenças queridas de vida.   |
| <b>expressão lingüística</b> | forma de expressão de imagens e valores através da fala e do movimento. |

Este princípio traz uma dimensão prática à Enfermagem que é a de esclarecer o **significado**, mostrando a verdade através do desvelamento do que foi, é e será, tal como ele aparece atualmente, partilhando na relação pensamentos, sentimentos, modificando o **significado** de uma situação.

Esclarecer **significados** é lançar luz através da descoberta do que foi, é e será, tal como aparece agora; tal como ocorre na explicação daquilo que é; explicar é tornar claro o que está aparecendo agora, pela linguagem.

Pode se entender que esta dimensão prática, na Educação em Saúde, está no diálogo materializada pelos atos da análise, da discussão, da colocação dos saberes pela apreensão crítica da realidade. No encontro com o *outro*, o homem defronta-se com idéias, conhecimentos, desejos, sentimentos, culturas, muitas vezes diferentes, o que lhe permite por um acesso de apreensão, compreensão e opções, desdobrar-se, mudar-se, mudando o seu cotidiano.

Vale dizer que, ao escolher seus caminhos de auto-emergência, pelo discurso e pela ação junto à família, aos serviços de saúde, inventando um jeito inédito para viver sua essência em termos de corporeidade, enfrentamentos, papéis e cidadania, as mulheres gestantes do **"GRUPO COMPROMISSO COM A VIDA"**, co-criaram para si e para sua realidade, uma forma diferenciada de *ser* e *estar* no e com o mundo. Esse jeito de atingir um **ser mais** é o **co-transcender** que PARSE define como *"ir além com os outros e com o ambiente, de modo multidimensional"*.

Conforme falas como as de Margarida, Papoula e Jasmim, respectivamente, pode ser verificar esse ir além do que se era, assim:

- *"Pedi na consulta passada que o médico me orientasse sobre os exames pedidos".*
- *"Se agora quiserem induzir meu parto, vou querer que me expliquem, pois é uma questão de direito meu saber o que está acontecendo".*
- *"Vou convencer meu marido que já teremos com este bebê, filhos suficientes. Eu preciso trabalhar e me realizar profissionalmente, também".*

Para realizar a prática de Enfermagem, PARSE acredita que o método não pode ser prescritivo, baseado em diagnóstico médicos ou de enfermagem, nem caracterizar uma oferta de conselhos e opiniões profissionais, derivados do sistema pessoal de valores do enfermeiro.

A dimensão é o esclarecer do **significado**, sincronizando-se nos ritmos dos elementos do grupo e mobilizar a transcendência.

Os processos são atividades que favoreçam o interpretar, tratar um assunto e ir adiante. Ao enfermeiro compete facilitar as condições no papel de um guia interpessoal. A autoridade, a responsabilidade e as conseqüências das decisões competem ao cliente, cabendo-lhe a escolha das formas alternativas do vir-a-ser.

Ao meu entender, o processo de Enfermagem está no diálogo vivido, na troca dos saberes, dentro do arranjo pedagógico/didático que for conveniente ao trabalho grupal. O encontro aí deverá ser um momento com perspectivas de mutualidades enriquecidas pela multidimensionalidade. Na relação enfermeiro e mulheres gestantes, partilham uma situação de interesse entre si e esse particular, em si, modifica o(s) significado(s) desta situação. Para PARSE, quando o homem move-se para além do significado do momento, para aquilo que ainda não é, ele transcende.

Aqui, para esta teórica, o enfermeiro estaria atuando com os indivíduos no planejamento da mudança dos padrões vividos de saúde. A saúde é então vista como a experiência vivida do homem à medida que ele se expande, neguentropicamente, que se torna mais complexo.

Desta forma, numa ação de Educação em Saúde, o contexto de abrangência deverá ser as experiências de vida das pessoas em suas significações, a fim de se desenvolver atitudes e capacidades de ação mais complexas a "um ir além" nas situações do existencial, atingindo assim, a neguentropia a que tem direito.

THEMUDO (1989, p. 124) expressa com arte a sutileza deste "ir além" nas situações do existencial, quando diz que:

*Aquele que regressa ao seu lugar, depois de subir à montanha, regressa ao mesmo lugar, ao seu pequeno mundo de coisas e acontecimentos, mas este será simultaneamente o mesmo e um outro, depois da visão do alto da montanha: o que não pode ser representado pela linguagem, mas somente mostrado na linguagem. Esta nova visão do mesmo, que permite viver no seu lugar, após o regresso, em consonância com a sua realidade, uma vez bem conhecida a sua posição e, como tal, os limites de suas im-possibilidades, é o momento da descoberta do sentido.*

A Educação em Saúde é um momento de descobertas de sentidos, pela expressão do "background" cultural de idéias, sentimentos, percepções, imagens e linguagens que modelam e são expressos nas formas como os seres humanos vivem saúde. Isto se dá, segundo PARSE, quando os indivíduos se inter-relacionam com o enfermeiro, numa infinidade de níveis, que passam pelo conhecimento deste, quer nas ciências humanas, quer nas ciências naturais.



## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### Re-significando à guisa dos significados, a criação do autor

*"Recrio o visível a meu desejo com particulares matizes. Invento o visível de acordo com os meus próprios olhos, para que, através do cotejo os novos prismas outros olhos os vejam". (Henriqueta Lisboa, 1989).*

Ao finalizar este estudo que teve o propósito de relatar a experiência vivida ao longo de uma prática assistencial de Enfermagem, comprometida com a Educação em Saúde desenvolvida junto a um grupo de mulheres gestantes, senti, pela revelação dos fatos, a necessidade de resgatar alguns pontos de minha trajetória pelo mesmo.

Ao iniciar este estudo, duas questões fundamentais impulsionavam-me para o intento em busca de validação e de descobertas à novas análises:

- a) tem realmente o enfermeiro, no interativo com os usuários dos serviços de saúde, o papel de homem significador? é sua prática um universo de significados acerca das questões de vida-saúde-homem?
- b) como seria trabalhar com uma metodologia em que o instrumento condutor de um processo educativo fosse o diálogo? em que a intenção fosse mais o educador do que informar em saúde? em que o conteúdo instituído viesse dos sujeitos do grupo e não do prescritivo do enfermeiro? em que as formas inscrevessem a temas?

Sucessivos tateios sistemáticos, alimentados por idas e vindas reflexivas à teoria de Enfermagem de Rosemarie Rizzo PARSE, para os pensamentos de HEIDEGGER e ao itinerário pedagógico de Paulo FREIRE foram feitos visando orientar na investigação a análise do estudo com um suporte científico à detecção das enzimas reveladoras de seus significados básicos. Trajetar com este respaldo em vista de uma questão norteadora, foi desafiador, seguro e interessante, pois, permitiu a recriação do visível com novos matizes de descobertas, reflexões e validações.

Compor com essas leituras o "eixo-essência" a esta prática, para que ela fosse um interpessoal conseqüente, foi de fato necessário para um efeito ampliador às superfícies de investigação. Ao construir com elas o marco conceitual para este trabalho, pude esclarecer equívocos, fazer ligações, polir arestas e formular um encontro entre o originário de minha percepção e experiências com as dimensões dos pensamentos dos autores selecionados.

Verifiquei que a utilização de um marco conceitual à orientação de uma prática assistencial é fundamental, visto que ele lhe dá inserção política, ética, técnica, administrativa, pedagógica, humana, bem como, permite isolar-se características distintas da mesma. A utilização de um marco conceitual fundamentado por uma visão humanística, permite a reafirmação da Enfermagem como presença intersubjetiva re-significadora de idéias, valores, linguagens das questões de vida-saúde-homem.

Neste marco, tomei como conceito central a **re-significação**; como conceitos de primeira linha de articulação o Homem, a Enfermagem, a Saúde e a Educação em Saúde e como conceitos de conexão matricial, a gestação, a mulher, o diálogo, o grupo, na perspectiva do conceito de cidadania.

A **re-significação** mobiliza o homem à conseqüência perceptiva de si e de seu discurso de relações com o mundo, mostrando-lhe que é um ser incompleto, que sua realidade é inconclusa e que ambos são ou estão em permanente devir. Pela

criticidade, dinamicidade e movimento de reflexão que traz, ela permite que os homens se humanizem, que atinjam o seu **ser mais**. Voltando-se às próprias coisas e as analisando, os homens conhecem, aprofundam esse conhecimento e emprestam novos **significados** à realidade de seu cotidiano e se transcendem.

Sendo a **re-significação** uma ação cognitiva, afetiva, comportamental para se recriar formulações e posições à vida e à saúde, deve ela ser posta em relevância na prática assistencial do enfermeiro, sob dimensão educativa. Nela, o objetivo do **ser mais** não fica só com o enfermeiro, mas também com o grupo. Instala-se ele no **ser com** de ambos, já que estes são seres que estão em busca de novos movimentos de vida.

Essa movimentação caracteriza-se pela busca de novas origens, percursos, potências, objetivos, posicionamentos e modalidades para o cotidiano do homem em suas questões de vida-saúde.

Segundo FREIRE apud JORGE (1991, p. 66), "somente na comunhão dos educadores - com - educandos é que poderá advir um conhecimento objetivo. Em comunhão, eles serão capazes de aprofundar muito mais e muito melhor o cognoscível e responder aos desafios através de fazeres críticos-transformadores".

O trabalho desenvolvido deixou constatável que o enfermeiro ao estabelecer uma relação intersubjetiva com um grupo de mulheres gestantes, ele é de fato um homem **significador** que, compartilhando saberes e experiências, possibilita-lhes a construção de uma visão mais concreta e crítica acerca dos acontecimentos de categoria biológica, emocional e social do corpo grávido, o que pode lhes facilitar a reorganização de suas vivências e a afirmação de suas identidades como seres humanos. Neste papel busca ele desvelar, esclarecer, estruturar **significados** através de valores, imagens, expressões lingüísticas, uma vez que perpassa o imaginário da mulher em gestação, uma série de medos, incertezas, dúvidas, sentimentos a respeito de si e de suas relações no/com o mundo.

Pelas exigências que sua práxis com o homem-vida-saúde lhe impõe na prática social, o enfermeiro é, como homem **significador**, um sujeito recriador e transformador. Pelo desvelamento das situações em seus **significados** ele opera a transformação do pensar, do sentir, do fazer, do ser da mulher na gestação e na maternação. Neste sentido, valida-se também o pressuposto de que a **re-significação** humaniza e promove o homem, favorecendo maior abertura para novas experiências dentro do processo vivencial.

Para realizar, todavia, essa essência de sua vocação odontológica, deve o enfermeiro se somar a outros homens portadores de saberes e experiências acerca do processo vivencial; nenhum homem pode sozinho buscar o **ser mais**, dado a sua incompleticidade quali-quantitativa. Toda busca deve ser com o outro, usuários dos serviços de saúde e profissionais afins, como odontólogos, psicólogos, médicos. O Pré-Natal deve ser ação de comunhão dos profissionais, cada qual colaborando com seu domínio de saberes e experiências. Esta busca conjunta e não isolada para contribuir com o **ser mais** do outro, é uma recusa à desumanização nos serviços de saúde e ao antagonismo dos saberes.

Para se superar as estruturas e formas de trabalho onde o homem é visto como "arquivo" ou "depósito" de informações, é preciso usar do diálogo que perscruta, que ouve, que comunica, que rompe, que valida **significados**.

Trazendo esta importância do diálogo para o cultural da gestação, pode-se afirmar que ele permite às mulheres-gestantes o compartilhar entre si e com o enfermeiro de valores, imagens, expressões lingüísticas que permeiam as referências e padrões de saúde construídas por elas no interativo com as estruturas da sociedade e da família.

Foi no diálogo que os temas de discussão do grupo se colocaram, oferecendo espaço às mulheres-gestantes para pronunciarem suas questões de corpo, sexualidade, gestação, maternação e parto, no sentido de analisá-las, validá-las e transformá-las para atingir o seu **ser mais**.

É preciso, todavia, que este diálogo não seja reduzido a uma simples troca de impressões acerca das questões do cotidiano da mulher em gestação, sob o risco de em nada contribuir para a transformação das mesmas, nas situações abertas à discussão. O diálogo deve ter direção à **re-significação**.

Nele o enfermeiro deve trabalhar com situações concretas do grupo, tentando articular as manifestações das mesmas com seus significados (particular, geral e singular), além de situá-las em seus condicionantes históricos, se necessário o for.

FREIRE (1991, p.30) coloca que "quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho, pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias".

Acreditando que a maternação responsável começa com a consciência de um corpo saudável na gestação, vai até a consciência política de cidadania da gestante na hora do parto e prossegue com a definição social do papel de mãe, considero que quanto mais criticamente as mulheres gestantes compreenderem os temas, por meio do diálogo, tanto mais capazes serão de superar os "possíveis" do seu cotidiano, pois descobrirão que novas apropriações podem movê-las para novas possibilidades de opções e decisões diante de situações concretas da vida.

Buscar a construção do processo educativo em temas gerados do cotidiano das mulheres gestantes, foi manejo interessante, pois, além de legitimar a participação das mesmas como sujeitos sociais, trouxe-me a comprovação de que os programas de Pré-Natal precisam rever e rediscutir, para um além do biológico, a questão da mulher gestante, trabalhando a consciência e o corpo grávido na vivência do seu social também.

O processo educativo deve refletir, além das questões de corpo, gestação, sexualidade, parto, as questões de cidadania, educação de gênero, cotidiano da mulher, no sentido de fortalecer a auto-estima e a possibilidade das usuárias se tornarem sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, na reivindicação de seus direitos

dentro dos serviços de saúde e em outras dimensões vitais. Penetrando pela consciência política caracterizada na cidadania, forjada a partir das dificuldades do cotidiano das mulheres gestantes, o processo educativo rompe também os limites de ação dados pela questão dos papéis femininos.

O trabalho desenvolvido deixou perceber que o método está, de fato, na abordagem do homem-realidade pelo diálogo compartilhador de saberes, vivências e não no informar saúde pelo palestrar. A situação da palestra torna o homem um ser objeto, continente depositário de conteúdos, por meio dos quais, se manipula, se maneja, se adestra, se coisifica o outro.

Usar de uma prática dialógica-reflexiva-crítica, onde a forma de construir novos saberes para novas experiências, toma o sujeito e a sua experiência corporificada como ponto de partida, requer a reeducação dos técnicos e dos usuários de saúde em suas diferentes formas de expressão e de relações interpessoais.

Devem os técnicos se despojarem do caráter marcado por relações narradoras, prescritivas e conformadoras de condutas, reforçadora da cultura do silêncio dos usuários dos Serviços de Saúde. É preciso pôr nas estruturas de trabalho e instituir-se muito mais nos sujeitos o entendimento dos conceitos de *HOMEM, SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE*, por uma ótica mais dinâmica e holística.

L'ABBATE (1992, p. 81) assinala que:

Muitas vezes, na vontade de acertar, reproduzimos de forma mais ou menos camuflada, as práticas autoritárias e clientelistas, por um lado, ou paternalistas e basistas, por outro. Esta questões não se explicam apenas por características de personalidade ou por manifesta filiação político-ideológica dos agentes em cena-técnicos e usuários. Incluem também uma releitura das práticas e dos papéis profissionais à luz de reflexões teóricas e de métodos que efetivamente exponham e questionem com a maior transparência possível, as atuações cotidianas dos agentes de saúde para criar condições à sua transformação.

No sentido de reeducação dos técnicos, para se educar em saúde, num modelo mais participativo, mais dinâmico, mais holístico, mais interativo, dialógico, ético e com cidadania, o exercício da vivência crítica dos papéis profissionais, por meio de alguns *"role-playings"*, poderia ser o ponto de partida para a reconstrução do processo educativo.

Esta questão deverá também perpassar a esfera curricular de formação do enfermeiro, materializando-se aí pela revisão do paradigma ou visão geral de *Enfermagem e Enfermeiro*, pela **re-significação** do corpo de disciplinas do Currículo, quanto aos seus objetivos e metodologias.

O cotejamento cuidadoso das formas de articulação e integração das áreas de conhecimentos específicos com as ciências humanas e a ampliação da compreensão da dimensão educativa como dimensão ímpar à construção dos **significados** de **homem-vida-saúde** na prática do enfermeiro, são pontos de suma importância de consideração.

Ao finalizar este estudo, considero que, além das reafirmações feitas quanto ao papel do enfermeiro como homem **significador** e da possibilidade do uso de uma metodologia mais dialógica nas ações educativas da prática assistencial de Enfermagem e da necessidade de novos modelos educativos nos serviços de saúde, outras descobertas se puseram para novas investigações, tais como: a necessidade da ênfase de uma definição sócio-científica da mulher nos trabalhos educativos; o holismo vivencial no holismo pedagógico da Educação em Saúde; a multidimensionalidade do saber científico e do saber popular; o enfermeiro na metodologia dialogal; gestação: questão biológica, cultural, social, ética; grupo: caminho do desenvolvimento da identidade egocêntrica à identidade heterocêntrica...

Ao exercitar neste estudo meu papel de homem significador, vi no espaço do mesmo, não só a possibilidade de me permitir treinar muitas de minhas incompetências como homem relacional, mas a possibilidade de validar a

necessidade de o enfermeiro estar sempre num processo de contínua atualização com os valores, as idéias, as imagens e as expressões lingüísticas da temporalidade do seu lugar para um **ser com** a serviço do **ser mais** do outro. Esse **ser mais** deve ficar compreendido como o se tornar mais complexo, mais diverso, atingir a neguentropia necessária ao desempenho de suas formas de relacionamento com o mundo.

Neste trabalho com o grupo, onde o que esteve em questão foi a **re-significação** do cotidiano da mulher em gestação, esta neguentropia deu-se de forma variável para cada mulher gestante. As expressões desta conquista no processo vivido se mostraram pelo aumento da comunicação, pelo início ao exercício da cidadania, pelos relatos de posicionamentos e enfrentamentos assumidos nas relações do cotidiano. Em graus diversos, a prática assistencial desenvolvida apontou que o processo abriu possibilidades existenciais até então fechadas e/ou bloqueadas no cotidiano do feminino e da gestação, redefinindo entendimentos de base da cultura de ser mulher e da cultura de ser mãe.

Preferindo usar de uma linguagem que se feche na lógica sustentável do motivo-emotivo vivido com este trabalho, considero que é preciso no cotidiano do sistema de cuidado:

*Um jogo para se reconstruir o mundo das inter-relações pessoais entre os homens.  
Um jogo que saia da contumácia desgastada do positivismo das conservas culturais do educar; que recrie, que descubra, que explore e amplie as superfícies dos contactos humanos nas dimensões multidimensionais do eu com o tu; que abandone o nicho uterino das práticas estabelecidas e que busque nas evidências do vivido criativo e ousado, decodificar e significar:*

*a consequência dos contactos  
a química do ser com  
a matrização do ser mais  
as miríades das possibilidades  
e sentidos do cotidiano.*

(SAID, 1995)



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- 2 ALMEIDA, Wilson Castello. **Psicoterapia aberta: formas de encontro**. São Paulo: Ágora, 1988.
- 3 ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **Filosofia da educação**. São Paulo: Moderna, 1989.
- 4 BENICÁ, Elli. A prática pedagógica da sala de aula: princípios e métodos a uma ação dialógica. **Revista de Filosofia**. Ano I, n. 2, p. 113-126, 19..
- 5 BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Tradução de Regina A. Machado; organização do texto de Maria Andréia Loyola Leblond e Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- 6 BRAMMER, Lawrence & SHOSTROM, Everett L. **Therapeutic psychology: fundamentais of couseling and psychotherapy**. 4 ed. New Jersey: Prentice Hall, 1982.
- 7 BRAZELTON, T. Berry. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- 8 BRUSILOVSKY, Silvia. Texto traduzido: um método para um enfoque à educação de adultos. Buenos Aires. Argentina. **Manual de capacitação pedagógica para instrutor/supervisor na área de saúde**. Brasília, 1989.
- 9 BUBER, Martin. **Eu e tu**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1981.
- 10 BURGESS, Ann Wolbert. **Psychiatric nursing in the hospital and in the community**. 4 ed. St. Louis: Mosby, 1985. Small and groups process dynamics: an overview. Cap. VIII.
- 11 CASTILHO, Áurea. **Liderando grupos: um enfoque gerencial**. Rio de Janeiro: Quality. Mark, 1992.
- 12 CUNHA, Iole da. **Treinamento perinatal: Conhecimentos básicos para a promoção de melhor qualidade de vida**. Porto Alegre: Sagra, 1991.
- 13 DEMO, Pedro. **Participação e conquista**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1993.

- 14 FONSECA, Afonso Henrique Lisboa da. **Grupo: fugacidade, ritmo e forma**. São Paulo: Ágora, 1988.
- 15 FREEDMAN, Rita. **Meu corpo... meu espelho**. Tradução de Magda Lopes. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1994.
- 16 FREIRE, J.B. **O sensível e o intelegível: novos olhares sobre o corpo**. São Paulo, 1991. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da USP.
- 17 FREIRE, Paulo: **Extensão ou comunicação**. 9 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987
- 18 \_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 18 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- 19 \_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 22 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- 20 GEORGE, Júlia B. & Col. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 21 GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais e educação. São Paulo: Cortez, 1992. **Questões da nossa Época**; v.5
- 22 HEIDEGGER, Martin. **Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. Tradução de Dulce Mara Critelli. São Paulo: Moraes, 1981.
- 23 HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde, doença**. Tradução de Elaine Mussmich. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- 24 HURTADO, Carlos Nuñez. **Educar para transformar, transformar para educar: comunicação e educação popular**. Tradução de Romualdo Dias. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.
- 25 HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. Tradução de Elisa Plass Z. Gomes, Enila Chagas e Márcia Portella. São Paulo: Summus, 1995.
- 26 HYMOVICH, Debra & HAGOPIAN, Glória A. **Chronic illness in children and adults: a psychossocial approach**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1992.
- 27 JORGE, J. Simões. **Educação crítica e seu método**. São Paulo: Loyola, 1991.
- 28 KLIKSBERG, Bernardo. A gerência no final do século XX. **Revista de Administração Pública/RAP**. Rio de Janeiro: FGV, v.27, n.2, p.183-201, abr/jun. 1993.
- 29 KITZINGER, Sheila. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editorial Presença Ltda, 1978.

- 30 L'ABBATE, Solange; SMEKE, Elizabeth de Leon Monteiro; OSHIRO, Julieta Hitomi. A educação em saúde, como um exercício de cidadania. **Saúde em debate**, n.37, p.81-85, dez. 1992.
- 31 LEDDY, Susan; PEPPER, J. Mal. **Conceptual bases of professional nursing**. 2 ed. Philadelphia; Lippincott Company, 1989.
- 32 LIPKIN, A. B. **La Salud Materna**. In: Medicina en Salud Público, Buenos Aires: El Ateneo, 1988.
- 33 LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- 34 MAILHIOT, Gérard Bernard. **Dinâmica e gênese dos grupos: atualidade das descobertas de Kurt Lewin**. 7 ed. São Paulo: Duas Cidades Ltda, 1991.
- 35 MATARAZZO, Maria Helena. **Nós dois: as várias formas de amar**. São Paulo: Gente, 1994.
- 36 MEKSENAS, Paulo. **Sociedade, filosofia e educação**. São Paulo: Loyola, 1994.
- 37 MILLS, Theodore M. **Sociologia dos pequenos grupos**. São Paulo: Pioneira, 1970.
- 38 MOSCOVICI, Feia. **Desenvolvimento interpessoal**. 3 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1985.
- 39 MOSQUERA, Juan José Mourino & STOBUS, Claus Dieter. **Educação para a saúde: desafio para as sociedades em mudança**. Porto Alegre: Universidade. UFRGS, 1983.
- 40 NEVES, Eloita P., GONÇALVES, Lúcia H. T. As questões do marco teórico na pesquisa de enfermagem. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 3, 1984, Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFSC, 1984. p.210-229.
- 41 NYAMATHI, Adeline. Comprehensive health seeking and coping paradigm. **Journal of Advanced Nursing**, n. 14, p.281-290, 1990.
- 42 NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- 43 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalho**. 4 ed, Curitiba: Ed. da UFPR, 1995. 8V: il.
- 44 OSHIRO, J.H. **Educação para saúde nas instituições de saúde pública**. São Paulo, 1992. Dissertação de Mestrado. PUC/SP.

- 45 PAMPLONA, Vitória. **Mulher, parto e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1990.
- 46 PAOLI, Maria Célia. Mulheres, lugar, imagem, movimento. **Revista Perspectivas Antropológicas da Mulher**, RJ: n. 4, p.65-99, 1985.
- 47 PARSE, Rosemarie R. **Man - living - health: a theory of nursing**. New York: Wiley & Sons, Inc. 1981.
- 48 PINOTTI, José Aristodemo. Um novo paradigma. **Boletim ICARS**, n. 115, set, 1994.
- 49 PONTES, Regina Helena Petroni. Representando a prática educativa do profissional de saúde. In: **Encontro Nacional de Educação em Diabetes**, 2, 1988, Florianópolis, Anais... Florianópolis, SBEM - SC, 1988. p. 20-24.
- 50 REZENDE, Antonio Muniz de. **Concepção fenomenológica da educação**. São Paulo: Cortez, 1990.
- 51 RIOS, Rebeca de Los, GOMES, Elsa. **A mulher face à saúde e ao desenvolvimento**. Brasília: Thesaurus, 1993.
- 52 RUDIO, Franz Victor. **Compreensão humana e ajuda ao outro**. Petrópolis: Vozes, 1991.
- 53 SANTOS, José Luiz. **O que é cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- 54 SAVIANI, Dermeval. **Do senso comum à consciência filosófica**. São Paulo: Cortez, 1986.
- 55 SCAVONE, Lucila. As múltiplas faces da maternidade. **Cad - Pesq.**, n. 54, p. 37-49, ago, 1985.
- 56 SIDEKUM, Antonio. **A Intersubjetividade em Martin Buber**. Porto Alegre: EST/UCS, 1979.
- 57 SILVA, Maria Elizabeth Kleba da. **Educação em saúde na assistência de enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde**. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 58 SILVA, Sônia Aparecida Ignácio. **Valores em educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
- 59 SIMÕES, Regina. **Corporeidade e terceira idade**. São Paulo: Unimed, 1994.
- 60 STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2 ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.

- 61 STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre Educação e Saúde. **Revista do Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (CEPEL)**, p. 20, 1990.
- 62 SZMRESCSÁNYI, Maria Irene. **Educação e fecundidade - ideologia, teoria e método na sociologia da reprodução humana**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- 63 TAYLOR, Cecília Monat. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- 64 THEMUDO, Marina Ramos. **Ética e sentido: ensaio de reinterpretação do Iractaius Lógico - Philosophicees de Ludwig Wittgenstein**. Coimbra: Livraria Almedina, 1989.
- 65 TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise G. Vieira da. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 1, p. 76-88, jul/dez, 1992.
- 66 VASCONCELOS, Eymar M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1991.
- 67 VASCONCELLOS, Celso das S. Metodologia Dialética em Sala de Aula. **Revista da Educação**. AEC, p. 28-50, 1992.
- 68 VYGOTSKI, L. S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- 69 WEIL, Pierre. **Organização e Tecnologia para o Terceiro Mundo**. São Paulo: Rosa dos Ventos, 1991.
- 70 WENDHAUSEN, Agueda. **Educação em saúde: possibilidades de uma proposta**. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.